

どうなる労働法 どうする私の働き方 働く女性の健康と権利

4.4 緊急討論集会の問題提起から

中野麻美 vs 丸本百合子

弁護士

産婦人科医

4月4日、東京ウイメンズプラザホールで、全国安全センター主催の緊急討論会「どうなる労働法 どうする私の働き方—ズバリ解説! 女性の健康と権利」が開催され、約100名の方々に参加していただいた(協賛: 東京労働安全衛生センター、神奈川労災職業病センター)。

集会は、中野麻美弁護士と丸本百合子医師のお二方からまず問題提起を受け、竹内理恵医師(横浜・港町診療所婦人科)のコーディネートでトークセッション。休憩をはさんで参加者からの質問や問題提起を受けてディスカッション、3名の方から現場の声を報告していただき、最後に中野麻美弁護士と丸本百合子医師にまとめの発言をしていただいて終了した。

この集会の内容全体は、近く安全センター情報の増刊号として発行する予定。今回は、最初の問題提起発言の要旨を編集部でまとめて報告させていただきます。

市場原理主義=規制緩和か 人権の世紀をめざすのか

中野麻美

●規制緩和と男女平等の綱引きによる法改正

皆さんこんにちは。弁護士の中野麻美です。私の方からの問題提起は、この4月1日を境にして、

改正男女雇用機会均等法とともに改正された労働基準法が施行になります。労働基準法と改正男女雇用機会均等法をどのように捉えていけばいいのか。私たちはこれをどのように使っていけばいいのかということについて問題提起をしたいと思います。15分ほどの短い時間ですが、全部できない部分はトークセッションで行っていきたいと思いますのでよろしくお願いします。

まず、この均等法と改正労働基準法は2つの大きな力の綱引きの中で生まれたと考えています。



4.4 どうなる労働法、どうする私の働き方 緊急討論会 スバリ解説働く女性の健康と権利

どういう綱引きの力が働いたのか見てみますと、ひとつは規制緩和という方向からの綱引き。これは効率的な労働市場を作る、投資を呼び込めるような効率的な、そういう意味では労働基準法による規制をあまり働かせないで自由競争原理の下で人々が働けるように、使用者にとって都合のよい市場を作っていくという方向からの綱引きがひとつありました。したがって、時間外・休日労働について上限規制を設けて働き方をコントロールしていくことはとてもじゃないけれど認められない、深夜労働に女性をつけてはいけないということも認められないという方向からの綱引きです。

こういう考え方に立ちますと、今までの規制をどれだけ働けるのかという視点から男女平等に組み直していく、つまり、女性たちは時間外・休日労働の上限が設定されていることによって、また深夜労働への従事が禁止されることによって、就労の機会が狭められてきた。したがって、こういった足枷手枷は撤廃していくべきだという方向に議論が流れるのも当然のことでした。私は規制緩和の方向に流れを組み替えていこうという人たちが、たまにこういう労働基準法による規制のことをど

れだけ働けるのかという視点から論じていることについて、大きなまやかしがあると考えてきました。

もうひとつの流れは、男女平等の人権を主張する方向への綱引きでした。この綱引きは、少子高齢社会を迎える21世紀を展望しながら、これからの働き方はどうでなければならないのかを考える重要な問題提起をしたのだと思います。つまり、これからは年をとっても障害を持っても自立して普通に生きていける社会の枠組みをつくっていかなければならない。長い時間企業に從属して働き続けることができる人だけが、一定の自立して生活できるだけの賃金を保障されるというびつな社会のあり方を変えていかなければ21世紀に私たちは希望をつなぐことはできないんだ、ということを見ても、男女平等に働き方の流れを組み直していくことは必然的なことだったと思います。

21世紀を人権というものめざす社会なんだという考え方に立てば、労働法による規制はきわめて重要なことであって、労働時間に関する規制もどれだけ働けるのかという視点で考えるのではなくて、私たちにどれだけ自由が確保できるのか、企業から拘束されている時間をどれだけ制約で

きるのかという視点から捉えるのは当然のことです。国会の中でも、どれだけ働けるのかという規制緩和論と男女平等の視点からどれだけ自由を確保できるのかという視点から議論が展開されていることは、議事録を見ると非常にはっきり分かります。

どちらが必然的な社会の流れかという点で、21世紀は人権の世紀であるという視点で、この社会の矛盾を解消する方向に流れている。その方向に力を注いでいくのが必然的な流れだろうと考えてきました。性別役割分業がもたらした社会の矛盾は国際的な観点から見ると、大きな男女間の賃金格差と男性たちを中心とした包括無定量な働き方、労働分野における2つの改善しなければならない矛盾を生み出した。女性たちは家計補助的労働を、勤続期間が短いから一般的に女性労働はあてにできない。男は仕事、女は家庭というところからすると、そういった格差は当たり前だという労働管理が実施されてきた。男性たちには、一家の生計の担い手であるというプレッシャーから長時間過密労働に流し込んでいる。あるいは、家族一緒に生活でなくて単身赴任であっても家族の生活のためにはしのんでいくべきだとする雰囲気をつくってきました。

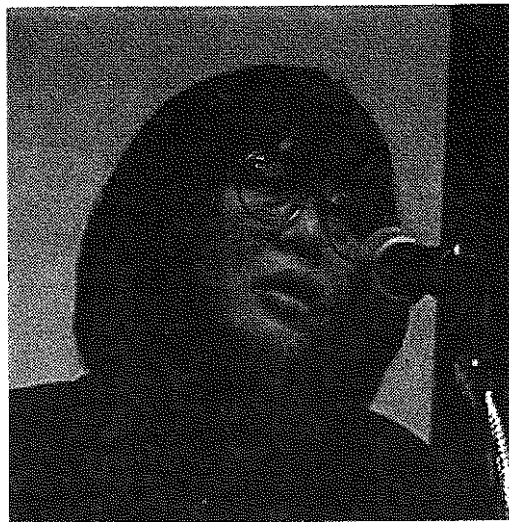
この男女間の処遇の格差と男性たちの包括無定量な働き方は別々のものと考えられてきましたが、私たち女性労働を取り扱ってきた人間からしますと、これは同じ矛盾の裏と表—コインの表裏の関係にある。これらを同時に解決できるような法の枠組みがなければ、私たちの命や健康や生活を保持して働き続けるシステムは生まれません。これは当たり前のことでした。規制緩和が効率的な市場をめざすということで、女子保護規定を廃止する方向で議論を進めていったわけですが、こういった方向では役割分業を解消できないばかりか、役割分業から生まれた矛盾をもっとも深いものにしてしまう。そして疲れ切った人間の体に覚醒剤を打ち込んでもっとも働けと、人間やめませんかということを問いかけるような矛盾をもたらす政策でしかない。このような綱引きの中で男女雇用機会均等法は生まれました。

●女性保護の廃止と新たな男女共通規制

労働基準法が確かに女性に対する保護規定を廃止しましたが、その代わりに、時間外・休日・深夜労働の男女共通の規制へ一歩を踏み出しました。そして本当に男女平等を実現していくためには、女性が妊娠出産することに対する保護を充実させなければならないということで、男女雇用機会均等法を通じて、格段に母性保護、妊娠出産保護に関する措置を充実させてまいりました。その規制の中身は資料集(省略)をご覧くださいれば概観できると思います。

まず、深夜労働規制一覧では、女性たちの原則深夜労働禁止が廃止されましたが、その代わりに今までの深夜労働に関する労働基準法、および、安全衛生上の規制に加えて、育児・介護休業法に基づく規制というものを盛り込みました。割増賃金とか当たり前の権利として認識されてきたもの、そして労働安全衛生法上の仮眠室、休養室の整備、健康診断などの措置については、いまの通常国会で、労働安全衛生法の改正が議論されています。妊産婦について、深夜労働に就業制限を加えていくというような権利は、従前から保障されてきていますが、新しく育児・介護請求ができる労働者について、深夜労働の免除請求権を認めていくという法改正が行なわれています。これは女性だけではなく、男性労働者も平等に権利を保障していくという意味で、きわめて狭い限定的な範囲ではありますが、深夜労働の免除請求が認められたという点で、新しい深夜労働規制の男女平等規制の第一歩であるという一定の評価を加えることができるでしょう。そして、新しく女性を深夜に従事させるときには、格段に条件整備をしなくてはならない。通勤および業務遂行の際の安全の確保のための措置のほかに、さまざまな措置を充実させるようにということを使用者に対して求めるようになっていきます。

また、育児・介護休業をはじめとする子育て、介護のための権利一覧と妊娠出産のための保護などの一覧も挙げておきました。今回新しく、男女雇用機会均等法の改正部分で導入された措置が、



中野麻美(なかのみ)
弁護士 東京・なかのみ法律事務所
派遣労働ネットワーク代表、日本労働弁護団幹事
主な著書
「自己実現のための福祉と人権」(中央法規出版)、「働く女たちの裁判」(共著・学陽書房)、「21世紀の男女平等法」(共著・有斐閣)、「20歳の法律ガイ」(共著・有斐閣)

通院のための時間確保の措置、そして、保健指導・健康診査に基づく指導事項を守るための措置ということで、就業規則とか労働協約で通院時間あるいは通院休暇が保障されていなくてもこの法律に基づいて、これらの権利—労働時間を短縮したり休みをとるということが可能になったということです。これらは労働基準法に規定されるのではなく、男女雇用機会均等法で規制されるに至ったというには、さまざまな理由があるわけですが、これらの権利をいかにして女性たちが行使しやすくていいのか、これが大きな争点になってまいります。

次に変形労働時間制一覧も挙げておきますが、時間外・休日規制—休日規制についてはとくに男女平等にということでは上限率は設定されておりませんが、時間外労働規制については、例えば1か月単位の変形制の中の時間外労働の制限の部分をご覧くださいればいいかと思います。36協定を締結する場合には、これを超えないように労使に義務づけられたという水準が出てお

ります。これらの新しい男女共通規制というのは、確かにきわめて不十分なものであります。不十分に終わったというのは、要するに規制緩和であるのか、それとも男女平等に仕事も家庭も両立させられるような新しい枠組みに本当に一歩踏み出すのかという綱引きの結果でありました。

●「個」の権利を職場の中に確立していくこと

私たちは、この不十分な中からこれからの綱引きが職場に持ち越されたということ、職場の中でこれらをどのようにして活用していくのかという、新しい課題に直面するようになりました。私は、これからの職場ということ考えた場合に、次の2つないし3つの視点をきちんと堅持するということが求められるようになってきているのではないかと思います。

まず第1に、命や健康、生活のための「個」の権利というものを職場の中に確立していくという視点であります。まず、根本的な問題を提起させていただきます。時間外・休日労働というのは、私たちにノーという権利があるのだ、というこの労働法の大原則というものを、職場の中で徹底させることができるかどうか、ということがひとつです。そもそも1日8時間労働制というのは、労働者の人権として確立されてきたものです。いまから100年以上前にアメリカの労働者がゼネラルストライキを掲げて、この8時間労働制を要求したときに、彼らはこのように唱いました。「1日8時間は収入のために、次の8時間は休息のために、そして残りの8時間は自分自身のために」と。当時の時代的背景もありまして、家事であるとか育児であるとか家族的責任といったことが、労働運動の要求の中には盛り込まれませんでしたけれど、私たちは、この要求の持っている普遍性、つまり休息のために、自分の体を休めるためには8時間必要なのだ、そして残りの8時間というのは私たちの生活や文化的生活を豊かにするために自分自身で処分することができる自由というものが必要なのだ、というふうに訴えたこと。このことは現代社会においても、普遍的な中身を持っているのではないかと思います。

そして、わが国の労働基準法でも時間外・休日労働は臨時的の必要に基づく例外的な労働なのだとされています。毎日残業があるなどということは、法律がそもそも許してはいないのです。そのような毎日8時間を超える労働に対して、どうして働く者が唯々諾々と承諾して従事しなくてはならないということが前提となって議論が展開されるのか、ここが労働法の原則が崩されている一端をみる思いがいたします。そもそも、1日8時間を超えて働いた場合、時間外・休日割増賃金を請求しないで働くということが、職場の中に蔓延している中で、私たちは、この権利をもう一度人権として確立させるような取り組みの必要性を訴えたいと思います。

それからもうひとつが、個の権利の確立の一局面として、深夜労働に対して「NO!」と言う権利があるのだということ、これも確認をしていきたいと思えます。いままで職場で働き続けてきた女性たちにとって、深夜労働には従事しないという前提に立った労働契約が成立しているわけですから、命令でもって深夜労働に従事しろとって従わせられるというようなものではありません。労働省も、深夜労働に従事させないということは、男女雇用機会均等法の配置における男女平等を規定した定めに違反するのだということを言っていますけれども、それは、希望した場合に女性であることを理由に排除してはならないということにとどまるのです。あの規定が、男女平等の原則に立って女性にも深夜労働を解禁したからといって、私たちは一方的に女性に対して深夜労働を命令し、それに対して従わせられるのだということまで法理論が認めるものだということは、全く前提とする必要はない。むしろ、そんな論理があれば、これは労働法の原則に反することであるというふうに反論できると確信するわけです。

したがって、深夜労働に対して「NO!」と言う権利があるのだということ、これを一人ひとりの権利として確立していくということを2番目のテーマとして挙げてみたいというふうに思います。

そして3番目に大切なことは、個の権利の確立として大切なのですが、そういった深夜労働に

「NO!」と言うこと、時間外・休日労働に対して「NO!」と言う権利を、人権として主張したからといって差別されてはならないという、職場における原則を確固として確立していくことが課題になるのではないかと思います。この点についてはまた、ディスカッションの中で大きな議論になると思いますので、その場所に譲りたいと思います。

●総体としての労働条件を変えていくこと

大きな2番目として、こういった個としての権利、命と健康、生活のための権利というものを確認しながら職場の中に打ち立てていくことと同時に、私たちが、男性の包括無定量な働き方も含めて、どのようにして総体として職場の労働条件を変えていけるのかという問題です。この問題については、36協定の上限規制が男女共通になった、これをどのように活かすのか、まあ、そのレベルで活かすという話では話になりません。率直なことを言って、政府が労働時間短縮目標としていた1,800時間を職場の中で実現していくためには、いままでの女性の水準を男性に適用して及ぼしていくという以外に方法はないのです。

そのことを、現実には無理だ、そして残業が恒常的な生経費の一部に組み入れられているから、そんなことは組合員の中では議論にはなり得ない、こんなことで、この男女共通規制の本来的な意味というものが流されていくとすれば、そのようなことを議論する労働組合は、労働組合ではないと思えます。

労働時間短縮に向けて、いままでの女性の規制を自分たちにも適用させるためにどのような努力をしているのか、これは今後の労働組合の鼎の軽重を問われるところだというふうに思うのです。そういう発想をする人たちに一番欠落していることは、性別役割分業を土台にして成り立ってきたこの企業中心社会が、男性たちをも働き方という側面で大きく差別をしてきた、男性たちがその中で大きな人権侵害にあわされてきた。それを改善させていくためには、男性たちは「女性並み」を主張する以外にないのだということ、そして男女平等というのは本来的に見れば、そういった主張が男



丸本百合子(まるもと ゆりこ)
産婦人科医 東京・同愛記念病院に勤務
医師の仕事の他、「からだ性法律をつくる女の会」などの市民運動にも参加
主な著書
「更年期を生き生きと」(時事通信社)、「からだを語ろうー女から女へ」(廣済堂出版)、「女性労働ー働く女性の健康対策」(労働基準調査会)、「生む生まないを悩むときー母性保護法時代のいのち・からだ」(共著・岩波ブックレット)、「私らしさで、生む生まない」(共著・農文協)

性たちからなされて初めて実現できるのだということについての理解の欠如ではないかと思います。

そういった視点で職場を変えるということは、いろいろなところで私はお話をしております、とても難しい、壁が大きいということをおっしゃいます。しかし壁が大きいということにたじろいでいて、私たちは果たして21世紀に未来をつなぐことができるのかと言えば、NO! だと言わざるを得ません。こういう改革を行っていくために、女性たちが労使関係の中で大きな力をつけていくためには何が必要なのかということ、本当に議論していく必要があります。

4月1日から男女雇用機会均等法と労働基準法が改正されて適用されるようになりました。それにあわせて、女性たちが労使関係の中で、例えば36協定を締結していくのに本当に大きな力を握れるようになるのか、あるいは処遇を改善させるために女性たちが労働組合をリードするような力を持てるのか、これも大きく問われてきている

のだということを申し上げまして、私の問題提起に代えさせていただきます。

男女ともに健康に働くために
必要な保障の実現を

丸本百合子

「女性のからだ」の観点から女の働き方についての問題を提起したいと思います。

私たちは、先ほどの中野先生のお話にもありましたように、「保護と平等」というジレンマの中でずうっと悩んできました。「女の身体の保護」を要求すれば平等が後退するということで、女性の運動はいつも、その2つの狭間で問題を抱えてきました。私は、これを解消するには、「男にも保護を」ということを言っていかなければならないという結論に達したわけです。

今回の男女雇用機会均等法と労働基準法の改定というのは、妊産婦を除く女性の特有の保護を廃止して、平等をより一層推し進めようというものでした。この改定が行われた後、女性のからだ、女性の健康はどうなるのか、そういうことについていろいろ心配する声があがっています。けれども、これは働く私たち一人ひとりが考えていかなければならないことで、改定された労働関係法の中で、健康に働く権利というものを私たちがどれだけ主張していけるかということに、これから、かかっているのではないかと考えるのです。

●男女ともに健康に働くために必要な保障

健康というものは、そもそも女性だけに必要なものではありません。男女ともに健康というものは必要なんです。ところが、これまでの労働組合運動の中では、やはり男性の労働組合員は、自分が健康に働く権利の主張というのは、あまりしてこなかったのではないかと考えるのです。女性の場合は、月経の現象を抱えていますし、それから妊娠・出産の機能を抱えています。女性特有のいろいろな身体の問題があります。だから、男性

と比べると、健康について考えるチャンスが大きかったんですね。

私も、労働組合のいろいろな講演会や学習会に呼ばれますと、健康に関して話を聞きに来るのはみんな女性たちなんですよ。まあ、女性部が主催してやる人が多いので。男性の方たちも、たまにいらっしゃるんですけども、その方たちも、やっぱり男も身体のことを考えなければいけないとおっしゃるんです。でも、ほとんどの男性組合員というのは、身体について無頓着です。最近ようやく、過労死とか、うつ病による自殺ということが労働災害のひとつなのだとということが認識されるようになってきましたけれども、まだまだ、やはり過労死にいたる前に身体をもう少し大事にしようという気構えは薄いのではないかと考えています。

男女ともに健康に働くために必要な保障として、私はやはり、健康の保持のためのいろいろな休暇というものが必要ではないかと思っています。いまは、病気になったときの通院に必要な休暇は有給休暇を利用して使っています。でも、その有給休暇もまわりの人たちの顔色を伺いながらやるとれる、軽い風邪なんかではやすんではいられない、というような現状にあります。

それから、時間外労働や深夜労働、これは深夜業の女性への規制が廃止されたということで、やらなければならないと思っている人たちがいますけれども、身体に負担がかかる深夜業や時間外労働というのは、やっぱり断ることができる。しかもそれは、女性だけではなく男性も断ってもいいんだということを言っていかなければならない。女性だけがということになるとやっぱり、これは平等の後退ということに逆戻りしかねないので、男性たちももっと自分たちの身体のことを考えれば、深夜業の回数というのはある程度制限していくように考えなければいけません。

もうひとつは、職場環境や労働時間などの条件の向上があります。問題は労働時間だけではないのです。やっぱり、作業密度とかそういうものが、いま非常に負担になってきていると思います。週休2日制が採用されてから、労働時間そのもの

はある程度短縮される方向になってきています。日本人の平均労働時間は、年間2,000時間を超えていて、これは数字ではつきり出てしまうので、世界の中で非常に評判が悪いと、だから何とか短縮しようとして、休日を増やしたり、ゴールデンウィークやお盆のときにまとめて休暇をとらせる企業も増えてきました。

見せかけ上、労働時間は減っているかもしれませんが、それでも、数字にあがってこない労働時間はあいかわず沢山ありますし、それから労働時間が短縮されても、労働の内容が過密になってきているわけですよ。労働密度が過重になってきているわけですよ。だから、時間が短縮された分、労働量は減っていませんから過重になってきて、むしろ労働者の健康に対する負担は増えるばかりなんですよ。しかも、急な休みが取りにくい。身体というのは予定された休日に病気になるわけではありません。急に病気になったとき、急に具合が悪くなったときに、急な予期せぬ休暇というものが非常に取りにくい状態になってきています。

だから、見せかけの労働時間だけが短縮されて、それで健康が守られるようになったかという、必ずしもそういうわけではないわけですね。ただ、身体には個人差があります。確かにどんなに無理な働き方をしても健康な方はいます。20代の働き盛りの男性の中には、深夜労働でも何でも平気、という方もいます。でも、そういう人が基準になって、労働条件が決められるわけではありません。

女性と男性の身体の差というのがあります。それ以上に、年齢による差というのがあります。それから個人差もあります。40代、50代になれば、成人病とか、そういうものを持って働かなければならない。つまり、病気といっしょに働かなければならない人たちも増えてきます。そういう個人の身体の格差を、労働現場の中でどう保障していくかということは、これからの課題だろうと思います。

いままでは、身体の丈夫な人と、弱い人が、足の引っ張り合いをしていたと思います。女の中でも、妊娠する人とならない人が足の引っ張り合いをしたり、あの人の方が病気で休むと私が大変になると

言って足の引っ張り合いをしたり、そういうことが多かったんですね。でも、妊娠する人もしない人も、病気のある人もない人も、いずれ人間の身体というものはいろんなところに故障が出てくるわけですから、そこをどうやってお互いに保障し合うかということ、職場内できちんとカバーしていくということが必要ではないかと思っています。

●女性の健康に特有のことがら

私は、健康に関しては男も女もないと思っていますけれども、その上でやっぱり、女性は男性にない身体の特徴を持っているわけなんです。この男性にない女性の特徴については別個に保障されるべきだと思っています。女性特有の保障という妊娠・出産のことになってしまうのだけれども、これだけではないんですね。

今回の均等法の改正の中で、妊産婦の権利がずいぶん保障されたということは、これは一歩前進で、十分評価すべきことなんですけれども、妊産婦だけが保障されればそれでいいということではないんですね。それでは、妊娠していない人は男と同じかということ、そんなわけではない。妊娠していない人も、男と女には身体の違いはあるわけですよ。

どういうことかと言いますと、月経・排卵という機能を抱えています。それで、月経痛の非常にひどい人もいます。月経の前に、PMSといって体調を崩す方もいます。これは病気ではありませんが、女性は月経の周期にともなって、いろいろな身体にのつらい症状を持つことがあります。また、女性が定年まで働き続けようと思えば、途中で更年期という時期を迎えねばなりません。こういった、月経や更年期というものは病気ではないということ、軽んじられてきましたけれども、女性の身体というのは病気じゃなくても、身体ののつらい時期というのはたくさんあります。

その身体ののつらい時期に関して、病気じゃないから男と同じように働けるだろうとか、痛いだけの苦しいだのと言うのはわがままだということではなくて、やっぱり、自分たちが自分ののつらいところに関して、これつらいと言えるということがこれから大事なことなんですよ。

こういった月経や更年期の問題というのは個人差が非常に大きいので、つらい人たちはこれまで我慢してきてしまったわけです。でも、これも仕事が楽なときは身体もそんなにひどくはないのだけれども、仕事が過密になったときの月経はすごく痛みが強いとか、仕事の波にどうしても左右されるといふことがあるんですよ。ですから、こういった月経にまつわる症状とか、更年期にまつわる症状が、重くならないような働き方とはどういうものなのかを、個々に考えていかなければならないと思います。

●家族的責任のための保障

それからつぎに、家族的責任のための保証というのが今回、育児休業法が改正されて、介護の問題も入るようになってきました。育児責任というのは、従来、女だけが負っていたわけなんですけれども、育児も介護も、男も女も責任を負うべきだという観点が盛り込まれたということは、これは前進だと思います。

ただ、まだ現実的には、育児や介護は女の仕事という考え方がとても多くて、育児休業も男性の取得は非常にめずらしいというのが現状です。これではやっぱり平等にならないので、せつかく法的に保障されているわけですから、育児も介護も、男と女で半分ずつ、ということにならなければ、女性の働き過ぎは解消されないと思います。

女性はこれまで、職場で働く以外に、家庭に帰っても育児の負担、介護の負担というものを負っていたわけですよ。だから、女はたいへんなのだから仕事を減らしてくれというのではなくて、この育児や介護というの、男性とフィフティ・フィフティにやる。いままでの男の人たちは働き方があまりにも過密だったために、育児にも関わらなかったわけですよ。男性の働き方も、育児に関わる程度に抑えて、そして家事・育児を男と女で担っていくということになれば、平等は達成されないんですね。

●仕事とからだの関係を観察する

こういった問題を解消するためには、やはり、

自分たちも自分の身体をきちんと観察しておいてほしいと思うんです。私のところには、産婦人科ですから、月経が来ないとか、生理痛がひどくなったとか、そういうことで婦人科に来る若い人たちがとって多いんです。だけど、ほとんどの人が、仕事との関係があるっていうことを全然認識していないんですよ。それで私の方から、そういう状態になったころ、なにか職場が変わったとか、勤務がたいへんだったとか、職場のストレスがあるなんてことはなかったですかと聞くと、やっと、ああそういえば、こういうことがありましたとか気がつくわけですね。

生理痛に関してもそうです。ひどい人とそうでない人の個人差はもちろんありますが、その中でもやっぱり、仕事が忙しくなったときにはひどくなっているんですよ。それを、仕事のせいだと気がついていないんです。はっきり言えば、これは医者が解決できる問題ではないんです。たかだか対症療法的にお薬を出す程度のこと、やっぱり自分の身体の問題として解決しないと、月経のトラブルにしても解決できないんですよ。

女性の場合、これまでは、あんまりひどければ仕事を辞めちゃうという方法で解決してきた人がとって多いんですよ。もう生理痛がひどくて我慢できないって人は、誰にも理解されないで、一人で悩んで、仕事辞めてしまう、そういう人がけっこう多かったんですね。生理痛ぐらいで贅沢だと言われ、まあ女性の中でも生理痛が全然ないような人もいますからね、そういう人は女性からも理解されていないわけなんですね。

それで、自分の身体がこんなだからいけないんだ、自分が悪いんだと、逆に自分を責めてしまうんですね。そうじゃないんですね。やっぱり、自分を責めるというのは日本人の悪い癖で、男性でもこういう傾向はあります。心臓の病気とか、血圧が高いとか、そういうことになってしまうと、自分の体が悪いんだと自分を責めて、あたかも病気なんかないんだと働きすぎて、男性の場合は過労死してしまうんですね。

女性の場合は、妻子を養っているわけではないので、身体をこわすぐらいなら仕事を辞めよう

という選択をしてしまうわけだけれども、辞めてしまったのでは何の解決にもなりません。だから、こういう身体の信号というものを、自分できちんとチェックしていることが大事なんです。

●率先して身体の問題を出していく

深夜業が解禁になったからといっても、自分の健康に悪いということになれば、労働安全衛生法とか労働安全規則の中で、そういった深夜業を少なくするとか、労働時間を短縮するという配慮はできることにはなっているんです。これも、医師の診断書とかなんだとやっこしい手続をしる言われると思いますが、それを認めさせるにはきちんと記録をとることなんです。

例えば、残業時間とか、深夜業の時間とか、仕事の過密さとか、仕事の内容と自分のいろんな症状をきちんとチェックをして、きちんとした記録をとっておくことなんです。漠然とした訴えでは、たぶん認められないと思います。きちんとした記録があれば、どういうときに自分の身体はこういうふうになってきた、どういう働き方をしてから月経が例えばなくなってしまうとか、月経痛が強くなってしまったとか、客観的な記録をきちんと作るのが大事なんですね。

もし、同じような悩みを持っている人がいれば、組合の中でそれをきちんと出し合っていくことです。一人では難しくても、組合員で同じ悩みを抱えている人どうし出し合っていくことが大事です。とかく、月経のことや更年期のことは恥ずかしいことだと言って語られなかった傾向があります。

労働組合の中でも、ちょっと前までは、更年期の講演会なんていうと、自分が更年期だということがわかると恥ずかしいからそんな講演会出られないわ、という人がいたそうですけれども、最近ではこういうことは恥ずかしいことではありません。例えば、頭が痛かったら休みたい、風邪をひいたら休養をとりたい、そういうことと同じこととして考えていいんだっていう気運が、だんだん女たちの中にも広がってきているわけですよ。

いま、生理休暇というものは、法律ではあっても、なきに等しいものになってしまっています。生

理休暇の廃止論というの、このところ何回か出てきています。事実上、あっても取れない。だから、なくなっただけいいんじゃないか、と思っている人もいます。でも私は、生理休暇というものは、まだ日本ではこれだけ労働者の権利が守られていないのだから必要なのではないかと考えています。

本来、具合が悪いときに素直に休業が認められれば、これは男性にも女性にも健康休暇みたいなものが認められていけば、わざわざ生理休暇なんて特別なものは必要ないと思いますが、少なくともいまみたいに、女性ばかりではなくて男性の働き方も過酷な中で、いきなり欧米並みに廃止してしまうというのは、本当に時期尚早ではないかと考えています。ですから、現にあるものは、つらいときには取らなければならない。そうでなければ、権利としてなくなっていってしまうのではないかなと思うのです。

女性が自分の体調を主張して、身体を壊さない

ような働き方を主張できるような職場というのは、男性の健康にとっても悪いわけがないわけですね。だから、女性たちが率先して身体の問題を出していくことで、男性だって過労死を防ぐことができるだろうし、成人病の悪化を予防することもできるわけですから、女性の身体の問題をおし進めていくことによって、すべての人が働きやすい職場というものを作っていくことが大切だろうと思います。

以上が私の問題提起ですが、あとは言い足りなかった分もトークの中で深めていきたいと思っています。

* 冒頭に紹介したように、トークセッション、ディスカッション、現場からの報告、資料等を収録した報告書を安全センター情報の増刊号として、近日、発行する予定です(予価1,000円)。どうぞ、お楽しみにしてください。



全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、各地の地域安全(労災職業病)センターを母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

①最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労災認定・補償問題等々での相談、③「労働安全衛生学校」の開催や講師の派遣など学習会・トレーニングへの協力、④働く者の立場で調査・研究・政策提言、⑤世界の労働安全衛生団体との交流などさまざまな取り組みを行っています。

「安全センター情報」は、運動・行政・研究等各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界各国の状況など、他では得られない情報を満載しています。

●購読会費:1部年額10,000円(複数割引あり)
●見本誌を請求してください。

安全センター情報

全国労働安全衛生センター連絡会議
〒136-0771 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
TEL (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881
HOMEPAGE: <http://jca.apc.org/joshrc/>

能勢町のダイオキシン汚染問題の経過と 焼却炉労働者と周辺住民の健康 被害についての取り組み

八木 修

能勢郡ダイオキシン公害調停をすすめる会

これまでの経過

1988年4月から稼働している、能勢町と豊能町のごみを処理する一部事務組合、豊能郡環境施設組合「豊能郡環境美化センター」(以下「施設組合」という、また焼却施設は「美化センター」という)から高濃度のダイオキシンを排出した結果を厚生省に報告せず、大規模な改修工事を始めようと

した矢先にマスコミに報道され、能勢町のダイオキシン汚染問題が発覚しました。施設組合の焼却炉は53トン/日(26.5t/16h×2系列)の処理能力を持つ、三井造船が建設した流動床・炉頂型・電気集じん機・湿式洗煙塔の開放型冷却装置の焼却施設です。運転管理は三井造船の100%子

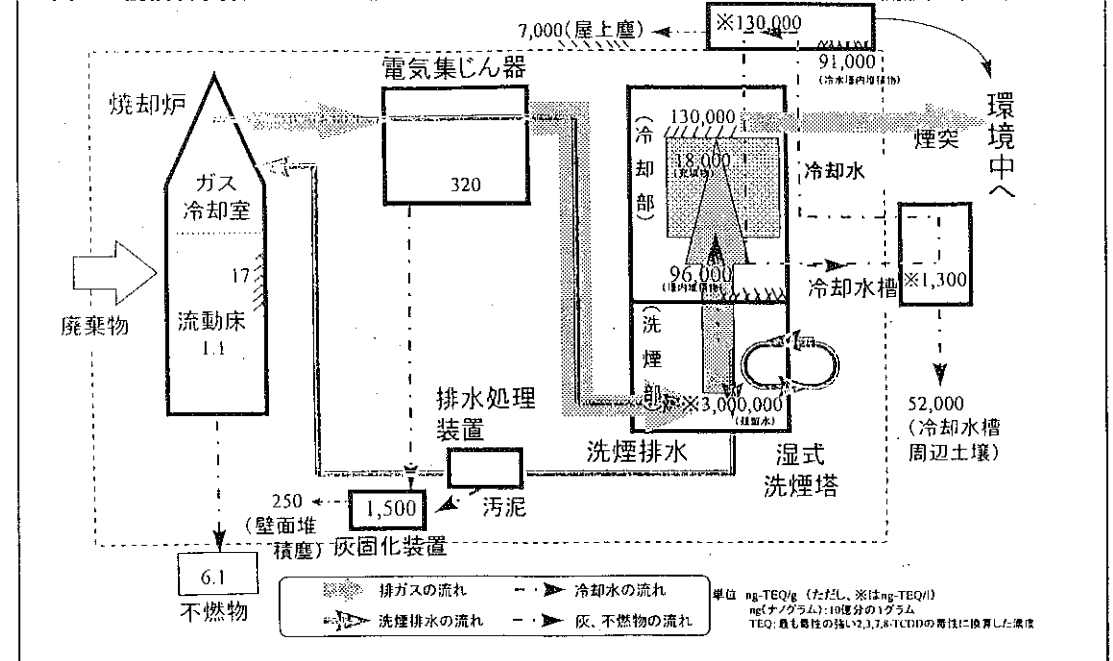
会社三造環境エンジニアリングが行っていました。厚生省が1996年7月にダイオキシン排出濃度の測定を全国の一般廃棄物処理場に通達を出しますが、その結果全国ワースト1は、兵庫県宍粟郡の処理場で990ナノグラム/m³で、三井造船の焼却炉でした。そこで三井造船の焼却施設納入一覧を入手し、時系列に並べダイオキシン排出濃度を比べてみると(表1)特異に高いデータが5施設並んでしまい、これはおかしいぞと各自治

表1 三井造船納入実績および厚生省発表ダイオキシン濃度

事業主体名	規模 (T/H)	完成年月	ダイオキシン濃度
石川県 七尾鹿島広域事務組合	80/16	1983年3月	43 ナノグラム
埼玉県 入間市清掃事業所	120/24	1985年3月	27
長野県 白馬小谷衛生組合	30/16	1985年3月	22
奈良県 大和郡山市清掃センター	180/24	1985年11月	68
大阪府 岬町美化センター	50/16	1986年3月	15
千葉県 鎌ヶ谷市クリーンセンター	70/16	1986年3月	4.60
●大阪府 豊能郡環境施設組合	53/16	1988年3月	180
●岩手県 遠野地区厚生施設組合	40/16	1988年3月	100
●兵庫県 宍粟郡広域行政事務組合	70/16	1989年12月	990
●大分県 日田玖珠広域事務組合	90/16	1990年3月	240
●新潟県 三島郡清掃センター組合	60/16	1991年3月	290
福岡県 大川市清掃センター	90/16	1992年8月	14
栃木県 塩原町クリーンセンター	40/16	1993年7月	2.2
岐阜県 益田広域事務組合	60/16	1993年8月	1.67
島根県 安来市能義郡衛生組合	52/16	1994年7月	2.20
滋賀県 甲賀郡行政組合	150/16	1995年3月	0.3
埼玉県 入間市クリーンセンター	150/16	1996年3月	0.2

注) 規模 (T/H) の T はトン・H は時間です

図1 豊能郡美化センターの構造とダイオキシン濃度



体にパンフレットを請求しました。

その結果、美化センターからの5施設はそれ以前と構造が違っていました。施設組合以前は焼却炉とガス冷却室が別の所にある別置型なのに対し、美化センターから5施設は焼却炉とガス冷却室が一体(炉頂型)になっています。(福岡・大川市も炉頂型ですが電気集じん機ではなくバグフィルターなので同機種ともしませんでした) また、5施設以後からは集じん機を高性能にした以前より別置型に変更しています。

炉頂型は施設がコンパクトにできるということですが、焼却炉の真上で水をかけて排ガスを冷やすものですから燃焼管理がむずかしく、不完全燃焼しやすい焼却炉といえます。CO濃度とダイオキシンの発生には相関関係があり(図3 美化センターは通常約1,000ppm)、そのことは三井造船が一番知っていて、ダイオキシン濃度測定の際には三井造船がアルバイトを雇いごみの中から塩ビ等を分別し、その上ごみ量を減らして灯油を助燃させていました(表2 1997.5.2の測定日

の運転状況・このときの濃度は150ナノグラム/m³・CO濃度78ppm)。

行政もダイオキシンが高濃度で発生することを知らず、三井造船と共謀して偽装工作を容認してきました。情報隠しの実態がばれるのを恐れ改修工事を急ぐ行政は、住民の不安を払拭させたいと二度(1997.11と1998.4)にわたる土壌・水質・農作物など環境調査を行うのですが、結果はすごい数値ばかりで、1998年7月には厚生省が抜き打ちで調査に乗り出しました。

欠陥炉が明らかに

厚生省の調査結果で、ほぼ原因が究明されてきました。(図1)あまりにもすごい数値で驚くばかりですが、原因は炉頂型のガス冷却室のため800度以上で安定燃焼できず不完全燃焼しやすい焼却炉で、排ガスを十分冷却することができないため、電気集じん機ではダイオキシンが再発生しやすい温度帯(320~330度で運転・図2参照)で運

転しなければならず、排ガスは高濃度のダイオキシン煤じんといっしょに排出されていました。この行程までは、ダイオキシン濃度ワースト1の兵庫県宍粟郡の焼却炉と同じ行程ですが、美化センターの場合は、そのまま煙突から放出されただけでなく、大気汚染防止のため取り付け付けた湿式洗煙塔の処理水(ダイオキシンを大量に含む)が再度ガス冷却室に循環され使用されたため、ダイオキシンが高濃度に濃縮されました。また、完全クローズド排水システムといいつながりながら湿式洗煙塔の冷却塔(施設屋上に設置)が開放型で、汚染された水が水蒸気(ミスト)となり施設周辺に排出され、汚染したと厚生省はまともめています。

住民の取り組み

私たちは、1988年に約11億円で建設した焼却施設が10年も経たず約15億円で改修するのはおかしい、欠陥炉ではないかと、監査請求(1997.11)による工事費用の予算執行差し止め訴訟などに取り組んできました。しかし、1997年12月の調査結果が1998年4月に公表され、高濃度汚染が明らかになってからは、住民が学習会な

図2 燃焼温度とダイオキシン類濃度の関係

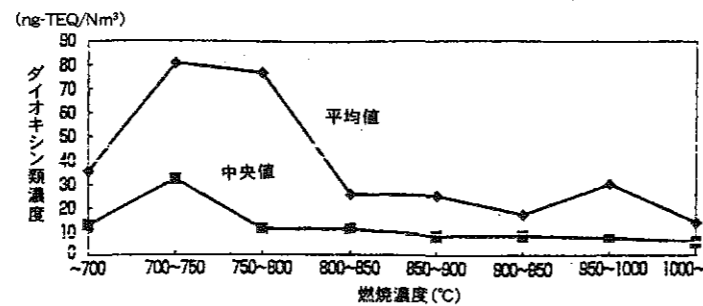
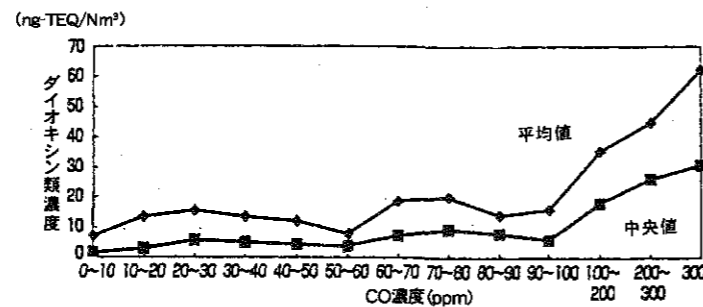


図3 煙突出口における排ガス中のCO濃度とダイオキシン類濃度の関係



どかさね7月に、公害紛争処理法に基づく公害調停に取り組むことになりました。真相究明に対する行政・企業の対応の鈍さに、問題解決の要求をひとつにまとめる運動の必要性から選択した手法で、裁判という手法で過去の責任を追求し白黒をつけるのではなく、これから先に起こる問題の解決のため、当事者が同じテーブルについて話し合いができるという選択をしました。

1998年9月10日、施設組合、両町、三井造船、三造環境エンジニアリングを相手取り、また9月21日の厚生省の調査結果を受け、12月4日には大阪府と厚生省も被申請人に2次申請をおこなない、申請人総数1,113人で調停が進められています。申請の主旨は焼却

表2 1997年5月2日の測定時の運転状況

	4/28(月)	4/29(火)	4/30(水)	5/1(木)	5/2(金)	5/3(土)
1系	15:00	通常運転		16:00	油焚運転 18:00-22:00 破袋作業 8:00-22:00	通常運転 8:00
2系		4:00	油焚運転		混焼運転 10:00-22:00 分析 18:00-22:00	通常運転 8:00

炉の撤去(後に方針変更・当初は改修工事の中止)、汚染・健康被害の調査、汚染土壌の撤去、情報の開示、被害補償のほか、ごみ減量化対策や住民参加の「ごみ行政検討委員会」の設置を盛り込み、施設周辺の住民だけでなく両町の住民すべてを対象に運動を展開してきました。

これまで9回の調停がもたれましたが、なかなか議論が噛み合いませんが、これまで一貫して法的責任はないと言ってきた三井造船側が、調停の席で一定の費用負担を行うと表明してきました。しかし、施設組合や両町はまだ情報開示を渋り、自らの責任問題を棚に上げいつの間にか加害者から被害者になり替わり、三井側に責任追求をし始めるお粗末さです。

住民が立ち上がり約1年が経過しますが、国も対応も早く次々に予算を付けて対策を講じてきています。しかし、住民との話し合いもなく一方的に充分とはいえない対策を講じるため、私たちの運動の成果なのかどうかわからなくなってきたところもあります。現在公害調停の中間総括を行い新たな到達目標を再構築するために準備にかかっています。

ダイオキシンと健康被害

前号で報告されていますが、厚生省が1998年9月21日に施設内のダイオキシンの高濃度汚染が明らかになると同時に、労働省はその当日に焼却施設の労働者(退職者も含む)の健康調査をすると発表しています。あまりの対応の早さに驚きましたが、10日後には血液検査を含む調査に入りました。その結果が前号で報告されていますので省略します。また大阪府もあわてて周辺住民(約500m以内)や近隣の大阪府立能勢高校の生徒・職員(卒業生・退職者などを含む)の健康調査を行います。労働省が清掃車の運転手も含む全員に対しダイオキシンの血液検査を実施したのに、大阪府は対象者が1,000名を超えるにもかかわらず、血液検査は約40名ほどで、後は簡単な健康調査ですましています。住民の健康不安を払拭するには不十分で、汚染中心部で働

表3 竹岡夫妻の血液分析結果

	ダイオキシン類毒性等価換算量 (pgTEQ/g, 脂肪ベース)		
	PCDDs	PCDFs	Total (PCDDs+PCDFs)
夫	54.9	202	257
妻	7.80	8.02	15.8

いていた労働者と同列に継続的な健康調査が求められます。

ダイオキシン労災機構を設立

公害調停に積極的に参加してきた元従業員の おふたりが、1999年3月26日にダイオキシンによる職業病の労災申請を大阪・淀川労働基準監督署に行きました。摂南大学の宮田秀明教授の協力も得、お二人の奥さんも含め血液検査をお願いしました。結果は、焼却場由来のダイオキシン曝露が明らか(表3)になり、労災申請に踏み切ることになりました。

今後は労働省の調査でもおふたりより高暴露の方も複数います。労働省のまとめでは、免疫反応の一部の低下傾向は指摘したものの、健康被害については明らかに関連する疾病等は認められないとしています。高濃度のダイオキシンが労働者の血中から検出されていても、発症についての因果関係の証明は困難なところがあると考えられますが、だからといって労働者がただ指をくわえて明確な発症を待つというのも不合理です。高濃度のダイオキシンの曝露蓄積自体を損害ととらえて訴訟も検討しています。

能勢の問題を契機に全国的に取り組もうと、弁護士や科学者、労働者、住民が結集してダイオキシン労災機構も設立されました。また、今国会にはダイオキシン削減の法律が議員立法でできるようですが、この中に抜けているのは被害救済です。これからの予防対策ではなくダイオキシン汚染は現在進行形です。今後は全国労働安全衛生センター連絡会議にもご協力お願いし、ダイオキシン健康被害についての対策の確立をめざさなければならないと考えます。



提言—職場の循環器疾患とその対策 (1998年版)

日本産業衛生学会 循環器疾患の作業関連要因検討委員会

はじめに

1995年2月の報告書「職場の循環器疾患とその対策」(1995年7月号22頁に提言等を収録)は、国内外の400以上の論文、報告書や独自調査をもとに、5章に分けて、循環器疾患の労働関連性を明らかにするとともに、職場の具体的な予防活動や労災認定の現状を述べた。また、第6章では、職場での循環器疾患の予防対策を提言した。

この報告書では、多くの文献・資料をもとに、循環器疾患の労働関連性について、

1. 寒冷、暑熱、騒音などの物理的環境と血圧変動の関連、
2. 慢性二硫化炭素中毒症としての脳血管障害や虚血性心疾患、ニトログリコールなど脂肪族ニトロ化合物による冠血管収縮、一酸化炭素ばく露の心機能への影響、また、三硫化アンチモン、コバルトなど金属・化学物質と循環器疾患の関連、
3. 動的筋労作による血圧上昇、不自然な姿勢の持続などによる静的筋労作での血圧変動、また、重筋労作者の脳血管疾患、座作者と心疾患の関連、
4. 運転労働と循環器疾患の関連、とくにバス、タクシー、トラックなど路面交通労働者の循環器疾患の多発、
5. 夜勤・交替勤務と循環器疾患の関連、
6. 心理社会ストレス、精神的ストレスと虚血性心疾患、不整脈、突然死の関連、

7. 長時間労働と過大な職務ストレスが複合要因となった過労死の存在、などを示した。

また、近年のわが国の労働者の職場状況では、

1. 長時間労働は、帰宅時間の遅れだけでなく、喫煙本数、飲酒量を増加させ、ワーカ・ホリックとも共存していること、石油ショック期には、管理職、とくに中小企業の管理職層を中心に心筋梗塞発症が増加したこと、1980年代以降はノルマ・ストレスに過剰適応することによるいわゆる「会社人間」、「仕事人間」が生まれるなど、長時間労働の弊害が生じていること、

2. 職場の健康管理では、長時間労働、過密労働、頻回な夜勤、睡眠・休養不足、長時間通勤やその他の職場ストレスなどの労働関連リスクからくる蓄積疲労防止対策を取り入れる必要性があること、
3. 循環器疾患の労災申請が増加する一方、業務上外の決定の遅延、認定基準の不備と情報公開の遅れなど、行政機関の対応からの弊害が生じていること、などの特徴を述べた。

職場の循環器疾患予防の現状と この3年間の変化

これまでの職場の循環器疾患の予防活動は、労働安全衛生法での定期健康診断、人間ドックや成人病健診、その事後管理など、個人の疾病管理が中心であった。また、健診の事後指導がおこなわれる場合も、高血圧、肥満、高脂血症な

ど有所見者対象の運動指導などが多かった。最近、従業員全員を対象にしたフィットネス教室や禁煙教育、単身赴任者や海外勤務者対象への一次予防を重視した活動、運動・禁煙などの体験指導による行動変容プログラム、休養・保養の動機づけを目的にした滞在型プログラムなどの新しい試みが行われている。ただ、欧米での活発な労働者援助プログラム(Employee Assistance Program)¹⁾、ILOが提唱する「職場のストレス予防プログラム」²⁾、北欧諸国を中心とした健康増進を目的とした職場組織形成プログラム、労働組合を中心とした自主参加による健康サークル活動など、いわゆる参加型の健康づくり活動や評価の方法を明確にした取り組みは、わが国ではあまりみられない。

一方、職場環境や労働条件改善を通じた予防対策も、1990年の労働安全衛生法改正以降、快適職場指針では、作業環境改善や分煙対策、疲労、ストレス対策が、また、行政機関や労働組合からも、労働時間短縮とともに休養や保養を意識した対応策が提案されているものの、十分浸透してはいない。また、循環器疾患死亡事故例には、健康診断を受診、病状把握がおこなわれていたにもかかわらず、業務への配慮が適切に行われていた事例はなく、虚血性心疾患や脳血管疾患の既往のある事例では、長時間労働や深夜勤務、重筋労働にやむをえず従事して再発した者が、とくに、中小規模事業所の労働者に多かったことが1995年の委員会報告で指摘されている。

循環器疾患の労働関連性に関する最近の研究では、1996年9月、Stockholmの国際労働衛生学会でのSiegristの基調講演³⁾が代表的である。彼は、心血管系疾患の罹患、発症、死亡と作業条件や職場環境のリスクファクターを取りあげ、座業、夜勤・交替勤務、騒音が伝統的な職業性の有害因子としたうえで、職業生活での新しい「中毒的」要素としてのdemand-control (or job strain) modelとeffort-reward imbalance modelを提示し、心理社会的ストレスの重要性を強調した。また、長時間労働の弊害では、1993年11月、欧州連合(EU)が採択したEC時間指令(The EC

Working Time Directive No.93/10)⁴⁾への英国政府の異議申し立てが、1996年11月に欧州裁判所に棄却されたことに端を発した議論が進展している⁵⁾⁶⁾。この指令では、週48時間以上を超える労働に対する拒否権を労働者に与えること、7日の期間ごとに中断されない24時間の休息期間プラス11時間の休息権利を労働者に認めたが、英国政府は、労働者が受け入れがたい制限であり、イギリス産業の競争力を失わせ、長時間労働が労働者の健康や安全にとって有害とする根拠も乏しいとの理由で反対していた。Spurgeonらは⁷⁾、この論争を機会に、長時間労働と労働者の健康障害(精神疾患、循環器疾患、パフォーマンスなど)に関する文献レビューをおこなっているが、最終的な結論として、長時間労働、とくに週50時間を超える労働時間と有意な健康影響リスクの関連を指摘している。

一方、1995年2月以降の3年間、わが国での労働者の健康保護に関する課題では、いくつかの進展がみられた。

1996年1月、中央労働基準審議会労働災害防止部会⁸⁾、高齢化を背景に高血圧、虚血性心疾患など脳・心臓疾患につながる所見を有する労働者が増加、産業構造の変化や技術革新のなかで、仕事や職場生活で不安や悩み、ストレスを感じる労働者の割合が増加し、著しい長時間労働等により脳・心臓疾患を発症する「過労死」が社会問題になっているなどを指摘し、予防のための労働者の健康確保対策や長時間労働の排除等の総合的対策を提言する報告をおこなった。また、この報告をもとに、同年10月、労働安全衛生法が改正され、産業医の専門性の確保とともに、労働者の健康保持のための必要な就業上の措置等の勧告権が明記された(1996年11月号2頁参照)。また、健診の有所見者について事業者が医師から意見聴取することが義務づけられ、労働者の保健指導では、医師以外の職種として保健婦等の役割が示された。ただ、50人未満の中小規模の事業所の労働者の健康管理では、地域産業保健センターの役割が強調されたものの、今後の課題として残された⁹⁾(1996年3月号4頁参照)。

また、労働省は、循環器疾患の労災補償問題で、1995年2月、業務上外認定基準を改訂し(1995年4月号2頁参照)、翌年1月にも、取り扱う疾患名に「不整脈による突然死等」を追加した(1996年3月号16頁参照)。その結果、過労死と考えられる循環器疾患の労災認定件数は、1994年度の32件から、1995年度76件、1996年度78件と倍増した(1998年7月号16頁参照)。しかし、1995年の委員会報告が指摘した「過重負荷」を1週間以内に限定する記述の訂正や審査の公正さを期すための情報公開などの提案は、改善されないままになっている。

なお、厚生省の公衆衛生審議会は¹⁰⁾、1996年12月、従来の成人病予防を生活習慣に着目した疾病対策へと政策転換するため、成人病に替えて「生活習慣病」の呼称を用いることを提言した。また、中央労働災害防止協会は¹¹⁾、1997年10月、「健康診断の項目に関する検討会」報告書で、定期健康診断に、脳・心臓疾患等に対応した検査項目として、HDLコレステロール、血糖検査(HbA1c)、眼底検査を適宜導入し、残業時間(作業量等)、喫煙、飲酒を含む生活習慣、ストレス状況などの問診を盛り込むことを提案している(1998年5月号35頁参照)。

- 1) Cooper, C. Williams, S: Creating Healthy Work Organizations, John Wiley & Sons, New York, 1994; 1-246
- 2) Karasek, R: Stress prevention through work recognition, Conditions of Work Digest, 1992; 11(2); 23-42
- 3) Siegrist J: Working conditions and cardiovascular diseases, 25th International Congress on Occupational Health, Key-note Address, 1996; 58-62
- 4) Working time Directive-common position, European Industrial Relations Review, 1993; 235: 15-18
- 5) 野沢浩: EC「労働時間指令」と英国(その1)一労働時間の考え方をめぐる論争、ワークサイエンスレポート(労研維持会資料)、1996; No.1495: 1-6

- 6) Cooper C: Working hours and health, Work & Stress, 1996; 10(1), 1-4
- 7) Spurgeon A et al: Harrington M, Cooper C: Occupational and Environmental Medicine, 1997; 54: 367-375
- 8) 中央労働基準審議会労働災害防止部会: 労働者の健康確保対策の充実強化について、1996年1月
- 9) 上畑鉄之丞: 地域の小規模企業で働く人たちの健康管理、保健婦雑誌、1997; 53(7): 518-522
- 10) 公衆衛生審議会、生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について(意見具申)、1996年12月18日
- 11) 中央労働災害防止協会: 健康診断の項目に関する検討会報告書、1997年10月

職場の循環器疾患予防の提言

急速な労働者人口の高齢化は、種々の成人病・「生活習慣病」をもつ労働者を増加させる。とくに、高血圧や心疾患(虚血性心疾患及び不整脈)、耐糖能異常、高脂血症などのリスクを有する労働者の場合は、放置することによって、脳血管疾患や急性心筋梗塞、心臓性突然死など重篤な障害を生じ、また、長時間労働や深夜勤での労働による心身への負担や心理社会ストレスが関与する過労死をもたらす危険も大きい。

ただ、こうした健康障害は決して不可避ではなく、その多くが職場の適切な保健対策によって予防可能であり、労使の積極的な参加による健康障害を予防するプランの策定と継続的な健康づくりが重要になっている。

労働者の健康づくりは、個別企業の事業としてだけでなく、わが国のすべての労働者を対象に、それぞれの産業や地域の特徴をふまえた国全体の事業としてなされることが必要である。とりわけ、健康上の問題を有する労働者の割合が高く、職場環境や労働条件にも問題が多い中小零細規模の事業所に対して有効な事業でなければならない。そのため、保健および健康づくり対策の上

で労使の責任と義務を明らかにした法制度の整備が求められている。さらに、これらの保健および健康づくりに専門的知識や技術を提供する産業医、産業保健婦、産業看護婦などが積極的役割を果たすのはもちろんであり、労働者が日常利用する地域の医療機関の担当者も、循環器疾患の多くが労働と生活に関連していることを考慮しつつ、診療にあたることを求められている。

循環器疾患を中心に、職場の健康づくりの具体的対策を以下に提案する。

1. 労働条件・労働環境の改善を通じた予防対策

職域における健康管理を推進する上で、事業主にとって最も重要な責務は、職場の健康上の諸問題の実状を把握し、労働者の健康にとって有害な要因、さらに予測される健康問題を自らの責任において明らかにし、改善計画を立案・実施することである。事業主は、当該職場における現状分析結果に立脚して、作業環境や作業内容、労働時間、労働組織などの労働条件の改善策を立案・実施する、さらには改善策の結果の評価を行なう必要がある。この有害な要因の評価や改善計画の立案・評価は、多面的、かつ総合的な視点から実施されるべきであり、安全衛生委員会などにおける審議結果や産業医などの保険医療スタッフや衛生管理者、安全衛生推進者など専門スタッフの意見はもとより、当該作業の管理者や従事する労働者の意見が十分反映されることが、効果的な改善を推進するために重要である。そのため、

- 1) 健康上の諸問題の現状、有害な要因の評価結果、予測される健康問題、立案した労働条件改善策などを公表し、広範に意見を求めること、
- 2) 地域内他企業や同業種企業、あるいは企業内他部門での優良実践例に関する資料を収集し、当該地域における改善策としての応用の可能性を検討すること、
- 3) 健康上の諸問題の現状把握、有害な要因の評価、改善策の立案など健康施策の最初の段階から労働者の参画を求めること、

- 4) 産業医、産業保健婦、産業看護婦や衛生管理者、安全衛生推進者など企業内の専門スタッフや地域産業保健センターや産業衛生分野の研究を行なっている大学や研究機関、民間の産業衛生サービス機関などの企業外専門機関の協力を得る体制を整えること、などが推奨される。

また、職場における有害な要因の評価や改善計画の立案・実施・事後評価は、作業環境や作業内容、労働時間、労働組織などの労働条件などの環境要因のみならず、就労している労働者の健康状態や体力状況などの個体要因も含めて行わなければならない。多くの高齢者や、高血圧や心疾患(虚血性心疾患及び不整脈)、耐糖能異常、高脂血症などを有する者、さらには脳血管障害や急性心筋梗塞の回復者などが当該職場にいる場合には、それを考慮した有害な環境の評価と対処策が考えられるべきである。ただし、個人の健康状態を考慮に入れて有害な要因の現状分析や対処策を実施する場合には、労働者個人の健康に関する個人情報に誰にどこまで提供するかということを考えることが必要である。個人が特定し得る形での健康情報は、関係する保健医療スタッフ以外には原則として提示するべきではなく、労働条件等の改善や労働者の健康を守る上で必要な場合にも、あらかじめ本人の同意を得た範囲において提示すべきである。

高血圧や心疾患(虚血性心疾患及び不整脈)、耐糖能異常、高脂血症などを有する者、さらには脳血管疾患や急性心筋梗塞の回復者など健康状態に問題を有する労働者の就労にあたっては、あらかじめ労働要因中の有害な要因と健康問題発生の可能性の大きさや重大性、実施し得る対処策などについて、本人に十分説明すべきである。このような情報提供と説明は、プライバシーの保護を考慮し、事業主の責任のもと、保健医療スタッフによってなされるのが妥当である。また、就労制限や職場配置転換等に際しては、保健医療スタッフの意見を十分聴取した上で、本人の意向を尊重し決定すべきである。

上記のような広義の健康管理活動を推進する

ことが、労働者の循環器疾患の発症・悪化を防止するための最も効果的かつ効率的な方策である。このような活動が企業規模や業種をとわず、あらゆる職場において展開させるには、

- 1) 労働者の健康にとって有害な作業環境や作業内容、労働時間、労働組織などの実態を把握・評価し、改善計画を立案・実施する責務が使用者にあること、
- 2) そうした活動を推進するための企業内体制を整備・充実すること、
- 3) 特に中小企業における活動を支援するための企業外組織を整備・充実すること、などに関する労働安全衛生法等の整備・充実が求められること、が必要である。

長時間の時間外労働や過重な夜間勤務制度、過大な職務ストレスなど労働者の健康にとって有害で影響が大きい労働条件は、期間あたりの時間外労働や深夜勤務の規制などを含む以下のような労働基準法、労働安全衛生法などの関連法規の整備が求められる。また、もちろん、法改正実現までは、行政通達などにより事業主の努力を促すことが望まれる。

なお、上記の諸対策を、それぞれの企業や事業場で実施する場合は、安全衛生委員会で具体的計画を立案し、事業主の責任で実施する。また、地域の中小・零細企業の労働者や自営業者などを対象に地域で実施する場合は、地域産業保健センターとともに、中小零細企業、自営業の諸団体や地域の労働組合の代表などを加え、市町村の保健計画の一環として計画することが望ましい。

また、当面、長時間労働を制限するためには、以下の対策が望ましい。

1-1. 長時間労働の改善及び制限

長時間労働は、社会生活上の不便や苦痛をもたらすだけでなく、労働者の健康にとっても有害である。したがって、事業主は、可能な限り、労働者が、所定時間内におこなえるよう仕事の計画をするべきである。

また、当面の長時間労働の制限では、

- 1) 月50時間以上の残業、週60時間以上にわたる長時間労働は原則として禁止されることが望ましい。
- 2) 労働時間として記録されないサービス残業は、行政指導や啓蒙活動を通じて、社会的になくしていくコンセンサスが確立されるよう努力すべきである。
- 3) 長時間労働が常態で、運転による緊張が大きいバス、ハイ・タク、長距離トラックなど路面交通労働者の時間外労働は禁止することが望ましい。
- 4) 救急、警察、保安など、緊急時の危険業務に従事する労働者が、やむを得ない理由で時間外労働に従事した場合は、必ず、代替え休日や時間を保証することが望ましい。
- 5) 所定休日に労働を行う場合は、必ず代休を保証し、休日の買い上げ行為を禁止すべきである。

1-2. 夜間労働の改善及び制限

交代制、非交代制を問わず、夜間労働もまた、労働者の健康にとって有害で、社会生活上の不便と苦痛をとらなう。したがって、夜間労働のある職場の事業主は、可能な限り、夜間労働を昼間労働に転換する努力をするとともに、労働者と当該労働の管理者には、夜間労働を必要とする理由や健康保護策の内容を十分説明しておくことが望ましい。

なお、夜間、とくに深夜時間帯(22時以降、翌朝6時までの時間帯)の勤務がある事業場では、以下のような改善及び制限をはかることが望ましい。

- 1) 夜勤交代制をとる事業所、または深夜時間帯の勤務のある事業場は、職場に疲労回復や休養を目的とした施設を必ず設けること、また、夜間10時間以上の拘束勤務がある場合は2時間以上の仮眠時間を保証すること、
- 2) 夜間労働を常態とする夜勤専従者においては、3交代夜勤者などに比べて健康への悪影響はより大きいことから、こうした就労形態は避けること、
- 3) 夜間労働(徹夜勤務)に引き続く日勤の就労

は、夜間労働を常態とする夜勤専従者の場合はもちろん、交代制勤務者における夜勤明け日の場合も禁止すること、

- 4) 連続する深夜勤務は3夜を限度とすること、また、連続3夜を超える深夜勤務のある場合は、労働者の健康と安全のため、個別の夜勤制限をおこなうための労使協議の場をもつこと、さらに、連続する深夜勤務が5夜を超える就労は原則的に禁止すること、
- 5) 安全性が問題となる作業では、夜勤時の一人勤務は避け、複数勤務とすること、
- 6) 産業医が健康上のリスクが高いと判断した労働者に対して、保健医療スタッフは、労働要因中の有害な要因と健康障害発生の可能性、実施し得る対策などの十分な説明を行うべきである。また、事業主は、産業医や主治医に対し、該当労働者本人のプライバシーに配慮しつつ、夜間労働(徹夜勤務)、連続の深夜勤務、一人勤務などについての制限等の対処策について意見を求めるべきである。

1-3. 仕事のストレス緩和対策

労働者の参加、作業の自律性、及び事業計画・作業遂行の弾力性を重視した仕事のストレス緩和対策が考慮されるべきである。そのため、以下の対策が望まれる。

- 1) 生産や販売計画の策定では、当該労働者の意見が反映されるよう配慮することが望ましい。
- 2) 生産や販売計画の実施では、仕事要求の大きさに対応した、職場の支援体制(サポート機能)に配慮する。また、一部の労働者に負担が過大に偏ったり、仕事の役割や境界が不明確にならないよう配慮することが望ましい。
- 3) 労働時間の弾力化を進める際には、健康づくりや仕事の満足感を高めることに配慮すべきである。
- 4) 単身赴任や海外出張などの勤務、昇進・昇格などにより仕事の責任が拡大する勤務、業務内容の変更などで業務範囲が拡大、急増する勤務、出張割合が高い業務に従事する労働者に対しては、健康保持やストレス対処を支援

するための情報提供や研修機会などをあらかじめ準備しておくことが望ましい。

- 5) 本人、家族、同僚、友人を問わず、仕事や生活上の困難、健康上の不安がある場合、事業主は、迅速に対応できる相談体制を整えることが望ましい。また、これらの相談体制では、企業内だけでなく、地域産業保健センターや医療機関、公的保健機関などの利用可能な施設利用やスタッフの参加を得ることが望ましい。

2. 労働者の健康づくりの支援

欧米での参加型健康づくりの支援プログラムに基づき実践が進む中で、わが国では、「生活習慣病」の概念のように、どちらかという、健康問題を個々人の責任に帰するとした発想や、自分の健康について、職場という集団で検討されなくても結構とする労働者からの対応、更には、労働者各自の健康意識に産業保健担当者は取って介入すべきでない、といった見解など、やや複雑な状況がある。

こうした中では、個々の労働者の自主性、主体性が尊重されつつも、当該労働者の「生活習慣」に影響を与え、制約している産業界、職場、地域での共通の諸要素の解明とそこへの対応が、産業保健担当者の大きな課題になり、労働者自らの参加を得た、職場での健康増進の活動の発展も見られるようになってきている。そのため、企業の様々な面を診断しようとする試みや対象者の健康意識を先行して知ろうとする実践が展開されてきている。また、職場を基礎とし、職場に必要な取り組みが重ねられつつある。

若干の事例を挙げると、

- 1) 市場で深夜から早朝に働く労働者が、朝食も取らず、午前中に大量の缶コーヒーや清涼飲料水等を飲み、昼食を出前に頼っている中、若年層にも肥満や高脂血症が増えた検診成績があることを知り、企業としてまかない担当者を雇い、順次朝食がとれる食堂を設置した例、
- 2) 通勤時間と労働時間を加えた拘束時間が長い場合、朝食がとり難く、夕食も遅くておざなりになり、頸肩腕障害も多く発症した成績に基づ

き、企業の方で、勤務地(店)近くに宿舎(アパート)を借り、配転時には、通勤時間が短くなるように宿舎も交換し、効果を挙げた例、

- 3) 健診成績の結果分析から、社員食堂に様々なメニューを用意し、栄養指導と連動していく中、5年間を経て、指導内容に沿ったメニューの注文が明らかに増えた例、
- 4) 地方から大量に単身赴任者を抱えた工場で、不規則な食事の実態に臨み、全寮制にする中、朝食と夕食を栄養士の参加で調理し、赴任前の自宅通勤時の健康成績より改善が見られた例、などがある。

労働者の健康意識が多様化している現在、健康情報を的確に伝えつつ、労働者の意識や考えを積極的に把握する、いわゆる「アクティブ・リスニング」の手法の導入や労働者自身による自主目標の設定を大切にす観点の定着、職場共通の疎外要因を取り除く作業、促進のための共同の作業を強化し、将来につながる「健康感」は何か、を職場でも話し合い、育てていく、労働者の自発的な健康づくりを支援するプログラムの展開が必要である。

2-1. 労働者健康づくり支援プログラムの原則

労働者健康づくり支援プログラムは、肥満や高血圧、耐糖能異常などの身体不調、蓄積疲労や精神的消耗からの回復、不健康な生活習慣を改善したり、一層の健康増進を志す労働者の健康保健行動を支援する事業主の活動である。行動変容プログラムは固定的なものではなく、職場や職種の特徴をふまえた多様なメニューが想定でき、内容では、疾患の理解やリスクの知識だけでなく、行動変容のための気づきや体験学習を含んだ実践が重要である。

- 1) プログラムの立案及び決定では、産業医、産業保健婦・看護婦など保健医療スタッフは安全衛生委員会等を含めて討議し、職場全体の理解と合意を得られるよう配慮することが望ましい。
- 2) プログラム立案では、内容や目標、実施方法、評価方法が、参加者に理解できる表現で明記され、実施に当たっては、労働者の強制参

加をもとめるのではなく、十分な説明と同意を得たうえで、自主的参加によるべきである。また、費用便益が検討されることが望ましい。

- 3) 事業主は、労働者が、プログラムに参加することによって、賃金上及び仕事上の不利益が生じないように努めるべきである。
- 4) 労使が出資する健康保健組合などの事業体は、プログラム実施のための費用の支援や技術的援助を行うことが望ましい。
- 5) 中小企業、零細企業及び自営業などの労働者を対象に実施する場合は、地域産業保健センターだけでなく、市町村保健センターや政令市・特別区保健所などの積極的活用をはかることが望ましい。

2-2. 労働者健康づくり支援プログラムの事例

- 1) 運転労働や監視労働など、座業中心で、神経緊張が大きく、特に身体活動量が少ない職場では、運動が可能な時間や環境の確保とともに、適度な運動実施を動機づけるプログラムが推奨される。
- 2) 電話対応や接客が多い業務や運転労働などでは喫煙者の割合が高い。また、女性労働者など非喫煙者の割合が高い職場では嫌煙の要求が高い。こうした職場では、分煙、禁煙のためのプログラムが推奨される。
- 3) 夜勤交代勤務者や深夜勤従事者は、夜勤明けの睡眠のために飲酒するものが多い。このような職場では、休養の取り方や飲酒プログラムが推奨される。
- 4) 単身赴任者などが多い職場、出張が多い職場では、食習慣が単調で不規則になりやすい。こうした職場では、飲酒習慣を含めた食・栄養プログラムが推奨される。
- 5) いわゆる中間管理職などの場合は職場のストレスは特に大きい。そのため、リラクゼーションのためのプログラムやリスナー教育などを優先することを考慮すべきである。
- 6) ハイリスク者に対しては、過労を招きやすい仕事のスタイルに対する気づきや改善、生活習慣の見直しによりリスクの改善が期待できる

休養・滞在型プログラムが推奨される。

2-3. 健康診断等での問診の重視と内容

定期健康診断では、労働者の労働状態と生活習慣、疲労・過労状態を把握できる質問紙調査を用い、医師や保健婦等が問診で確認することが望ましい。また、労働者には、検査結果と同様に、質問紙や問診で明らかになった職場環境や労働条件の問題点、生活習慣や疲労状態などのリスクなど、改善すべき内容等を提示することが望ましい。また、記載内容を、本人及び保健医療スタッフ以外が閲覧する場合には、本人の同意が必要であり、健康管理以外の目的での使用は、禁止されるべきである。質問紙調査や問診で確認すべき内容は、以下のようである。

- 1) 労働状況：残業を含む週労働時間、通勤時間、深夜勤務、休日勤務、出張の有無、職制上の地位及び具体的な作業内容(寒冷、高温、温度較差、高湿、騒音、重量物、高層、地下、運転、営業販売、監視業務等)を含む、
- 2) 生活習慣：喫煙、飲酒、食習慣、運動習慣、
- 3) 疲労・過労状態：睡眠(睡眠時間及び睡眠障害)、へばりや心身消耗感、仕事満足感の喪失、燃え尽き徴候、仕事への過剰適応・依存など、
- 4) 産業医が健康上のリスクが大きいと判断した労働者では、通院や服薬の状況を必ず把握すること。また、脳血管障害の重要徴候である強い頭痛、しびれ、視力障害などの訴え、心筋梗塞や狭心症の代表的徴候の胸痛や心窩部痛、胸部拘りや感や心悸高進を訴える場合は、適切な指示や指導をおこなうよう留意すること。

なお、上記の問診は、労働者が受診している医療機関の日常診療でも重視されるべきである。また、必要かつ十分な問診を実施するための費用支払い等が保証されるべきである。

2-4. 健康診断項目など

健康診断項目では、以下の点に考慮することが望ましい。

- 1) 深夜勤務従事者、運転業務従事者、危険業務従事者、管理的業務従事者、及び残業や出

張業務が多い者では、健康状態の評価を十分に行う必要があり、必要に応じて定期健康診断に検査項目を追加したり、有所見者の健診後の変化を確認するための追跡検査、年2回の定期健康診断実施などを考慮することが望ましい。

- 2) 35歳及び40歳以上を対象に実施されている検査項目のうち、血清脂質、肝機能検査及び心電図検査は、25歳、30歳の節目及び35歳以上のすべての対象者に実施することが望ましい。
- 3) 35歳以上では、血糖(2時間値、または空腹時)及びグリコヘモグロビン(HbA1c)、尿酸、HDL-コレステロール検査などを加える。
- 4) 深夜勤務従事者などの健康診断では、産業医が必要と認めた労働者に対して、24時間心電図、24時間血圧モニタリングなど、の精密検査を導入することが望ましい。
- 5) 二酸化炭素の長期ばく露を受けた労働者に対しては、健康手帳に基づく退職後健康診断を実施することが望ましい。また、循環器疾患の労働関連性が報告されている化学物質にばく露した労働者は、その事実の記録を保存するとともに、必要に応じて特殊健康診断を実施することが望ましい。
- 6) 定期健康診断を受診できなかった労働者が、指定した医療機関外で健康診断を受けた場合、事業主は、指定機関と同額の費用を負担するとともに、産業医が確実に健康状態を把握できる体制を整えておくことが望ましい。

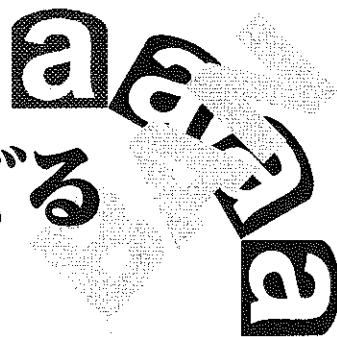
以上



* この報告は、1998年3月に取りまとめられ、日本産業衛生学会理事会に提出されて、「循環器疾患の作業関連要因検討委員会報告」1998年度版として、産業衛生学雑誌41巻1号(1999年1月)で公表されたもの。作成責任者—上畑鉄之丞(国立公衆衛生院)、作成メンバー—阿部真雄(東海大学体育学部)、井谷徹(名古屋私立大・医・衛生学)、服部真(城北病院)、広瀬俊雄(仙台錦町診療所、産業医学健診センター)、前原直樹(労働科学研究所)の各氏

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



EUがついにクリソタイル禁止を決定

欧州連合(EU)はついに、ヨーロッパ規模でのクリソタイル・アスベストの禁止を決定した(と言っても間違いはないだろう)。

5月4日の技術委員会(technical committee)の会合におけるEU加盟15か国による投票の結果は、ポルトガルとギリシャの2か国を除くすべての加盟国が、クリソタイル・アスベスト禁止の導入に賛成した。禁止に反対するものと思われていたスペインが賛成に投票したことは、驚きをもって迎えられているようで、スペインの労働組合等の働きかけの成果と伝えられている。

このクリソタイル・アスベスト禁止の決定は、一定の危険な物質および製品の流通および使用の制限に関する委員会指令(Council Directive) 76/769/EECの別添I(Annex I)によって指令を技術の進歩(technical progress)に適合させようというものである(現行のアスベスト禁止に関する指令91/659/EEC(http://europa.eu.int/eurlex/en/lif/dat/1991/en_391L0659.html)で入手できる)も同じ手続による指令である。なお、この1991年の指令によってすでに、クロシドライト(青石綿)、アモサイト(茶石綿)は全面禁止、クリソタイル(白石綿)についても、玩具、吹き付け、消費者向けパウダーフォーム、触媒フィルター等、喫

煙用具、塗料、液体用フィルター、道路舗装剤、等々の用途向けについては禁止されている。今回の決定は、クリソタイルについても、わずかな例外を除き全面禁止にするということである。

新しい指令は、欧州委員会(European Commission)による承認手続を経て、EUのオフィシャル・ジャーナルに掲載されてから20日後に発効することになる。欧州委員会による承認はほとんど形式手続であって、加盟諸国により投票が行われた結果が覆されることはまずないようである。報道されているように、汚職問題に端を発した前欧州委員会メンバーの総辞職と新たな委員会が決まったばかりとはいえ、2-3週間のうちに承認されるものと予想されている。

技術の進歩への適合というこの手続によると、通常さらに12-18か月は必要になる閣僚理事会や欧州議会の審議を経る必要がなく、まさにヨーロッパの労働組合、アスベスト被害者団体、市民団体等が要求していた手順に基づく禁止の導入である。

欧州委員会の最終的な承認手続が終了するまでEU自身による正式な発表はないようで、新しい指令案の原文はまだ入手できていないが、加盟国は、2005年までに国内法等によって、クリソ

タイル・アスベストの禁止を導入しなければならない(例外は、期限付きで既存のクロロ-アルカリプラント向けのダイヤフラム)ということのようだ。

昨年、アスベスト(禁止)規則を改正して、同様に残されたクリソタイル・アスベストの禁止を提案したイギリス政府は、このEUの決定を歓迎する意向を表明している。同時に、イギリスの安全衛生委員会(HSC、政労使三者構成)では、昨年のアスベスト(禁止)規則改正の提案に対して寄せられた各界からの意見(すなわち改正案に対する協議の結果—禁止導入に対して圧倒的な支持が寄せられたという)を受けた対応について討議する会合を5月11日にもった。

その結果、HSCはイギリス政府に対して、クリソタイル・アスベストの早期禁止を導入するよう勧告した。HSCは5月22日に再度会合をもって最終的提案を仕上げ、閣議にまわされる予定である。今年10月からまたは年内に禁止を実行するという情報がある一方で、あるアスベスト・セメント屋根用タイル業者が、代替化のためには2年間必要であり、それ以前に導入したら法的手段に訴えると主張しているようで、(実施時期に関する)政治的決断の行方が注目される。

一方で、フランス政府が1997年からクリソタイ

ル・アスベスト禁止を導入したことに対して、それが貿易に対する技術的障壁(TBT: technical barrier for trade)に当たるとして、カナダ政府が昨年5月に世界貿易機関(WTO)に提訴していたわけだが、カナダのこの動きもまさに今回のような事態を回避するための必死の努力であったと言える。

EUとイギリスの決定は、言わばEU全体で明確にフランスを支持する立場に立つという旗色を鮮明にしたわけで、WTOを舞台にしたTBT紛争もいよいよ正念場を迎えたことになる。すでに3月29日に、紛争解決手続上のパネル(小委員会)が設置され、議長は Adrian Macey、他の委員に William Ehlers と Ake Lindon という3名の委員の氏名だけは伝わっている。

パネルの動向は非公開ということであるが、今年10月までの議事日程が立てられているという。ヨーロッパからは、フランス・EUをサポートする意見を可能な限り速やかに各国の政府またはEUに提出するよう呼びかけている(28頁掲載の Barry Castleman の手紙、この問題に取り組んでいるというアメリカのNGO アース・ジャスティスのホームページ <http://www.earthjustice.org> も参照のこと)。



イギリス副首相はEUの投票結果を歓迎

Department of the Environment, U.K., 1999.5.4

副首相 John Prescott は本日(5月4日)、白アスベストの使用の禁止に関する欧州連合(EU)投票結果を歓迎すると述べた。

立法として承認され次第この指令を導入したいという政府の意向を強調したうえで、John Prescott は次のように述べた。

「私は、EUにおける投票の結果を喜んでいる。それが健康に有害であるという科学的証拠が証明されて以来、イギリス政府の政策は確固として白アスベストの禁止を支持してきた。今日の投票結果は正しい方向に向けた重要な動きである。

現在代替品が利用可能であり、政府は、できるだけ早い時期に、この潜在的に致命的な物質の使用を段階的に禁止することを決意している。」

「この問題に対する政府のハードワークは報われたわけで、私は、この決定からもたらされるであろう将来の安全衛生上の利益について考えている。」

「私は、安全衛生委員会(HSC)に対して、この新しい指令をどのように国内において履行すべきかについて尋ねた。彼らは、最近実施したこの問題に関する協議手続の結果について考慮す

るだろう。」

「安全衛生委員会と私は、この禁止の履行に高度の優先順位を与えることを決心している。」

3種類(青、茶、白)のいずれのアスベストへの曝露も死に至る可能性のある、石綿肺、肺がん、中皮腫などの肺疾患を引き起こす可能性がある。白アスベストは、現在主として、プレーキ・ライニング、ガスケット、産業プラント用のシール材、アスベスト・セメント、繊維製品等の複合物(アスベスト・グローブ等)に使用されている。

編集者への注

すべての(EU)加盟国は2005年までにこの新

しい指令を履行しなければならない。

この禁止にはひとつの例外があり、それは、現在のところ代替品が存在しない、既存のクロロアルカリ・プラント向けのダイヤフラムに使用される白アスベストである。この例外は、2008年以前に再検討される。

この指令は、欧州委員会が法案に署名し、EUのオフィシャル・ジャーナルに掲載されてから20日後に効力を発することになる。

* この原文は、<http://www.coi.gov.uk/coi/depts/GTE/coi4744f.ok> で入手可能である。



予防原則の重要な勝利

ANDEVA, FNATH, CAAJ, France, 1999.5.5

5月4日の火曜日、欧州共同体の委員会は、いまだに禁止されていなかったすべてのクリソタイル・アスベストの流通および使用を禁止する指令を採択した。新しい指令の第2条によれば、加盟国は、2005年1月1日までに新しい条文に従わなければならない。

最近の疫学的研究によって、ヨーロッパの男性人口のなかで250,000人が、アスベストに独特ながんである中皮腫によって死亡するだろうと推定されており、今回の決定は、予防原則(principle of precaution)の適用の重要な勝利である。

この決定は多数決で行われ、全世界にいままで最初にまだアスベストを禁止していない欧州共同体諸国(ギリシャ、アイルランド、ポルトガル、スペイン、イギリス)に、次いでアスベスト業界が強力に市場を開拓している開発途上諸国に対して、明確なメッセージを送っている。そして最後に、この決定は、自国の鉱山産業とアスベスト輸出による利益を維持するために、アスベスト禁止は自由貿易に対する障壁だとして世界貿易機関(WTO)を通じてフランスを攻撃しているカナダ政府の努力を打ち負かすものである。

1991年に、最初のヨーロッパにおけるアスベ

スト禁止の提案が、フランス、とくにアスベスト常任委員会の動きによって阻止された。ANDEVA(アスベスト被害者擁護全国会)、FNATH(労働災害被災者全国協議会)、Comite Anti Amiante Jusseieu(反アスベスト・ジュッシュュー(パリ大学第7分校)委員会)は、フランス政府の姿勢を変えさせる諸団体の取り組みと世論が成功し、EUが公衆の健康の利益が経済的利益よりもまさるという決定をしたことを喜んでいる。

一方、今朝の記者会見の場で、ANDEVAは、アスベスト被災者が十分な補償を受けられるようにするために、犯罪被害補償委員会(Indemnisation Commission for Victims of Crimes)における手続を保証することを提案した。これは、5人のアスベスト被害者に十分な補償を与えたシェルブールとダンケルク裁判所の最近の判決を受けたものである。また、補償法の改正を政府が拒否したことを受けたものでもある。

FNATHも同様の戦略を採用することにしたと発表した。

* これは、フランス語によるプレス・リリースから英語に翻訳された簡単な要約版の翻訳である。

* 以下は、Marc Hidry氏のコメント

アスベスト常任委員会とは、アスベスト業界が1982年に設立し、世論によって大きく非難されるようになるまでの間フランスにおける公衆アスベスト政策を左右した、巧妙なロビー団体であった(産業界、労働組合の代表、医学専門家、保健、労働、産業、環境各省の代表者たちを含んでいた)。これは、1996年に、その主要な目的(アスベスト禁止を回避すること)を維持できなくなって、消滅した。

犯罪被害補償委員会(Indemnisation Commission for Victims of Crimes)は、1977年から存在するものの、これまでわずかし利用されてこなかった。これは、テロや自動車事故等の被害者で、犯人が簡単にはみつからないか、責任能力がない場合に、補償を行うために創設された(民事法廷のようなもの)。最近、職業病の労働災害被災者もこの裁判所経由で補償を得ることができるという破棄裁判所(Courts de Cassation)の裁定が確定した。疑いなく、保険会社や多数の役人がこの問題にかかわりたがって

いる。

これを活用した最初の裁定は、海軍に雇われた水兵に関するもので、シェルブール裁判所は3月25日に、中皮腫罹患で980,000フランを認め、2番目の積極的な裁定は、ダンケルク裁判所による、がんと石綿肺に罹患した4人の労働者に関するものだった。

主なポイントは、以下の2点である。

* 補償の重要性: これは、フランスにおいて、アスベスト被害者が十分な損害賠償を獲得した初めてのケースだった(彼らは、汚染された血液スキャンダル(薬害エイズ)の被災者と比較して語られている)。

* この法廷において補償を獲得する条件のひとつは、犯罪の被害者であることを立証しなければならないことである。フランスの裁判所は、アスベスト被害者が犯罪の被害者であることを理解しはじめたように思える。これは、アミソル社の工場(クレルモン・フェランの近く)の前工場長を裁判所に出廷させた裁判官の最初の決定と関連があるはずだ。



イギリスHSCは白アスベストの早期禁止を勧告

Health and Safety Commission, U.K., 1999.5.11

本日(5月11日)、安全衛生委員会(HSC)は、昨年の協議を受けて、白アスベストの輸入、供給および使用の禁止を勧告することを決定した。協議に対する応答は、適当な代替品が利用可能でない安全面で危険のある用途について例外とすることを条件に、禁止を導入する規則に対して圧倒的な支持が寄せられた。

HSCの決定は、2005年までに白アスベストを禁止するように流通・使用規則を改正するために、欧州共同体加盟諸国が投票を行った1999年5月4日の技術委員会の会合を受けたものである。EU委員会によって採用されることにより、加盟諸国が2005年以前に、各国内における禁止を導入することを可能にする。

HSCは安全衛生庁(HSE)に対して、本日のHSCにおける議論および協議で提起されたポイントの両方を踏まえて、国内的禁止のための規則の起草を仕上げるように指示した。HSCでは、今月末までには、規則についての提案が閣議を通らうと予測している。

EU委員会がいつ指令の改正を正式に採用するかは、いまだはっきりしていない。採用されれば、オフィシャル・ジャーナルに掲載されてから20日後に効力を発することになる。

* HSCのプレス・リリースは、インターネット上で入手することができる(<http://www.open.gov.uk/hse/press/press.htm>、この文章は5月12日現在、まだ掲載されていない)。

アスベスト禁止に対するカナダの脅威

Trade Union Congress, U.K., 1999.5.11

イギリス労働組合会議(TUC)によれば、本日(5月11日)の安全衛生委員会(HSC)のアスベストの全面禁止を導入するという決定は、自由貿易を追及するとして今回の決定およびそれ以前のヨーロッパの決定をひっくり返そうというカナダの企てによって危険にさらされている。

HSCがクリソタイル・アスベスト—他の種類のアスベストはイギリスではすでに禁止されている—の輸入および使用を禁止するというニュースを受けて、TUCは、1996年のフランスのアスベスト禁止を世界貿易機関(WTO)を使ってひっくり返そうとしているカナダ政府の動向を警戒している。

WTOが、フランスの決定が自由貿易の原則に違反しているというカナダの主張を支持すれば、この危険な物質に関するイギリスの安全衛生関係法が深刻な脅威にさらされることになる、とTUCは警告する。

イギリスのアスベストの禁止に関して、TUC書記長の John Monks は次のように語った。

「本日のニュースは、この致命的な繊維の禁止に向けた長い間の労働組合のキャンペーンの終点を示すものである。遺憾ながら、これまでにこの致命的な粉じんによって被災者になってしまわれた何千人の方々にとっては、これは遅すぎた。ヨーロッパにおいてはなお今後20年間に100万人を超える死亡者が出る可能性があるが、今日

の決定は、この最も危険な物質によって引き起こされる苦難から将来の世代を救うことになるだろう。」

「大西洋の向こう側から聞こえてくる邪悪な騒音は、イギリスとヨーロッパの労働者の安全と健康にとっての実際の脅威となっている。もしカナダ政府が、この致命的な物質の貿易を生き延びさせようとするキャンペーンに成功すれば、自由貿易を追求することは人間の生命を維持することよりも重要であるという明白なメッセージを発信することになる。」

1999年に、イギリスだけで、アスベスト繊維の肺内への蓄積によって引き起こされるといわれ悪性のがんである中皮腫によって1,500名、さらに他のアスベスト関連疾患によって3,000名が、3週間毎に死亡するだろう。

欧州委員会は、きわめて近い将来に、EU規模におけるアスベスト禁止を導入することになりそうである。HSCによる(イギリス)の禁止は、今年後半に実行すべきである。アスベストは、職場で遭遇する他の物質よりもより多くの人々をイギリスとヨーロッパにおいて毎年殺している。

編集者への注:

すべてのTUCのプレス・リリースは、www.tuc.org.uk でみることができ(この文章は5月12日現在、まだ掲載されていない)。



WTOにおけるアスベスト禁止を擁護

* 欧州委員会リーガル・サービスの Theophanis Christoforou 氏に宛てたアメリカの Barry Castleman 氏の手紙である。

諸国家がアスベストを禁止する権利を持っているかどうかをめぐる経済的論争では、社会全体の関係する部分についての、経済学者が「費用の

具体化(externalization of costs)とよんでいるものを考慮に入れるべきである。最良の規則があっても、一定の費用をともなう死亡や疾病を引き起こす状況は確実にありえるし、アスベストおよびアスベスト製品を販売する業者はその費用を持たないだろう。また、いくらかの費用はアスベスト産業が持つにしても、それは個々の被害者や国家が実際に支払う(労災補償等)経済的価値の全体よりも少ない場合がほとんどである。

私の国(アメリカ)では、アスベストによって被害を受けたという主張で係争中の個人の損害民事訴訟事件が200,000件をこえている。さらに、この物質が使用され、劣化している何千もの建築物からアスベストを注意深くかつ適切に除去することを求めて、何十億ドルにも相当する物的損害に対する請求が起こされている。国民は、アスベスト被害者とその家族たちに対する、裁判所、社会サービス機関、医療・福祉の提供の費用を支払わなければならない。責任のある企業の多くは、破産してしまっているか、破産裁判所を利用するか、または責任を回避するためにリストラを行っている。あるいは、アメリカの裁判所の手が伸びるのを避けるため、アメリカ国内にある資産を処分してしまった。アメリカにおけるアスベスト疾患の費用の総額は5,000億ドルと見積もられている。

各国が、そのビジネス活動によって引き起こされた死亡や疾病の責任を企業に負わせる法的システムを有することは当然としても、責任を負うべきものを立証することが不可能な疾病のケースが実際にあらわれてきている。とりわけ、アスベストによる石綿肺やがんのような潜伏期間の長い疾病の場合には、企業にとっては様々な手段(合併、買収、名称変更等々)で消えてしまうのに十分な時間がある。また、疾病の診断を受ける30年あるいはそれ以上前に、いつ、どのようにアスベストに曝露したか、被災者がいちいち記憶していることはできないという問題もある。

私は、公道上で、アスベスト・セメント壁の瓦礫を押しつぶし、カートに投げ入れている建設労働者たちをみたことがある。私は、アスベスト廃棄物の山の上で遊んでいる子供たちの写真を本に載

せている。また、アスベスト・セメント造りの家に住んでいた住民が、家を改造し、壁を取り壊して大量の粉じんをまき散らし、その子供たちに激しい呼吸器の問題が生じた事例についても書いた。私には、カナダやアスベスト製品製造業者たちが、それがもたらす経済的費用を負うであろうとは想像しようがない。公共の資金もまた、もし長患いすることなく家族を抱えていなかったら労働に従事し税金を納めていたであろう、労働者の疾病による所得の喪失の矢面に立つことになる。

ヨーロッパには、アスベストに関連した巨大な費用を政府がもつことになった多くのサンプルがある。アメリカやオーストラリアのような製造物責任訴訟がなく、その結果製造業者たちは、明らかではない致命的な有害物質を使用した製品や人々に対する警告ラベルなしの製品を販売した責任を回避することができた。後に使用されるようになった警告ラベルについては、しばしば責任の回避と同時に販売上の喪失を最小化するために弁護士たちが考案したものだったが、いったん使われ出した警告するという慣習の適切さは、警告ラベルが世界中で多様なかたちで使われるようになった1960年代以降、別の問題を生じさせた。

別の、アスベスト産業を維持し続けることによる非経済的なコストは、産業界、政府、アカデミアの健康問題の専門家たちに向けられる、「インダストリー・ライン(業界が許容するレベル)」を修得し、労働現場と環境のアスベスト曝露関係を控えるに扱うようにという圧力のような、専門家の墮落である。開発途上国における科学の中の命にかかわる分野でのこの影響は、他の産業での乱用を許す道を拓いているということかもしれない。

私は公衆衛生の科学者にすぎず、この文書は包括的な経済的分析ではない。しかし、予想されるように巨額な、アスベスト産業によって生み出され、アスベスト被害者と彼らが生活する国家によって負わされる経済的費用に関する参考のひとつとなるだろう。これが、WTOでアスベストを禁止する個々の国家の権利を評価するのに、さらに十分に展開し提出すべきポイントである。



連載62

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター議長

アスベスト問題続く

1979年2月1日(火)晴

市川課長も戸丸監もカゼで休み。A工業の再監督。A工業加藤課長より榎村氏のことについて電話があったため実施。加藤課長に面会。

1. 昭和4年、高田馬場で創業。
2. 昭和14年羽生へ移転。その後敷地拡張。
3. 人員100人程度。戦争中は学徒を含め200人。
4. 昭和20年9月廃止。21年12月再開。自動車産業発展とともに拡大。昭和32年頃から東北にも求人。定期採用も実施し、常用工、寄宿生ともに増加。寄宿生は最高時420人、現在は150人。昭和42年総人員1,200人に達す。
5. 昭和35年頃からの定年退職者について追跡調査したが異常なし。
6. 原材料はビニール袋に入っているが、業者が遅んでくる。(注。外国では運送系路の

両側に中皮腫の発生が多いという研究発表があったので聞いたものである。)

7. 榎村氏については、昔の同僚を探し出して聞いたところ、昭和12年頃入職し20年召集により退職。33～34年頃榎村組として入る。38年まで。
8. 福島工場は羽生工場と同じ作業。岩槻工場は装置製造。
9. 下請について
県内はK工業のみ。県外は群馬にライニング穴明けの2工場、ライニング製作の1工場。群馬には、その下に二次下請ある模様であるが不明。

2月2日(水)晴

昨日は頭痛眼痛消えたが今日また少し頭痛し。11時すぎから昼まで局労災課長より3回電話。その度に二転三転。最後は労災でなく生活保護ではどうかと。

1. 本省へ相談したがX写真のみでは不明。
2. 労災課の意向としては、榎村氏より休業補償を請求させて、受診命令で処理したらと。

3. 今回の問題は労災課というより監督課と安全衛生課サイドの問題である。
4. 生活保護法適用の確実性確認すること。
5. 社会保険埼玉中央病院へ入院させる予定(ベットの場所)。
6. 昭和46年の健診はしてないか。
続いて電話。
1. じん肺は職権決定できないので生保で入院させられないか。
更に電話。

1. 本省と相談した。
2. 一応労災でなく生保で入院させる。
3. 入院後はじん肺管理区分の決定申請をさせる。
4. 入院先は榎村氏の自由とする。中央病院入院を固執しない方がよい。
榎村氏宅へ電話。本人の意向は、

1. 労災保険給付でなく労災診断サービスでは、その後が心配。
2. 生保については、福祉事務所で資格をきびしくしらべられると貰えなくなる。
3. 入院して研究材料にはなりたくない。(注。実際、死後に医師の強い希望で解剖を行うことになった。)したがって入院は拒否する。
労災課長の生保確認せよとの電話により、午後、戸丸監と市役所福祉事務所に行く。松本係長、白石係員対応。労働省よりはるかに人間的。

1. 市民税課で調べたところ親子3人家族で所得846,000円。
2. 住所は羽生ヶ崎146へ変更。
3. 所得から見た限り生保は適用される。
4. 2～3日以内に本人宅へ行き結果を連絡する。

(日誌のとおり書いてあるので、よく分からないところもある。大筋は、榎村氏の死に瀕する重症のアスベストじん肺が、じん肺法の管理

区分の決定がされていないので労災保険扱いをためらい、生活保護法で当面処理しようというのが労働省の態度であった。榎村氏は遂に死亡されるのであるが、署長である私でさえ労災扱いを簡単にできないのである。したがって、民間の人であればほとんど絶望的であったろう。中島労災課長も非常な人格者であったが、法律の壁は厚かったのである。注意すべきことは、問題は補償でなく予防の安全衛生監督の方だという動きもあったことである。この辺が役人らしいところで、現在でもなおこれ以上に書くことは憚れる部分がある。)

2月3日(木)晴

労災課長より、K工業に榎村氏のX写真残っていないかと電話。

午後K工業へ再度X写真を探しに行く。(注。それがあれば重症の榎村氏を車で運び、無理して写真をとらなくてもじん肺管理区分の決定ができるということだったと思う。)A工業加藤課長と関口氏が来ていて驚く。K工業の社長と工場長との面会に同席。じん肺健診結果以下のとおり。

昭和40.8.19	実施17名(10名分なし)
昭和43.3.28	実施16名(4名分なし)
昭和48.11.28	実施16名(全員あり)
昭和51.9.30	実施33名(全員あり)

2月4日(金)晴

大宮署長より電話。

1. 鈴木氏供花(川越時代の署長であり、その後退職後に急死)と前局長銭別として各1万円、長谷川氏(浦和署長退職)の送別会費と署長会の1・2月分会費計6,500円を8日浦和での労働基準協会連合会席上で支払われたし。
2. 新局長歓迎会。14日17:30。銀座アスター。会費2,400円と酒1本。
羽生福祉事務所松本係長より電話。

1. 昨日午後、榎村氏宅へ行った。
 2. 本人の年金4万円。子供月収13万円(手取り10万円)。
 3. それから見て医療を含め生保は7万円が限度。
 4. 支払いに際しては、子供8人の扶養力についても確認の要がある。そうなると、独立している子供に迷惑をかけるので、榎村氏はいやがっている。
 5. 福祉事務所に20万円の貸付制度があることを説明した。
 6. 本人は快方に向かっているが(注。実際は死が迫っていた。)入院の気持はあるので、その場合には福祉事務所に相談に行くとの答であった。
 7. 高額医療費の補助制度があるので、実際の負担は少なくなるはずであるが、それについては、労基署の説明材料になると考えて説明しなかった。
- K工業社長より電話。
1. 昨夜榎村氏宅に行った。
 2. 負担はするからと入院を勧めた。ようやく入院してもよい気になってきている。(注。榎村氏は、入院しても労災認定されなかった場合の負担を心配して入院に消極的だった。労働省の非情さ?)
 3. 保健所でX写真をとるように勧めた。
- 2月5日(土)晴
休みで自宅にいると中島労災課長より電話。
本日新局長に榎村氏のことを説明したところ次のとおり指示あり。
1. 来週中に診断を受けさせよ。
 2. K工業のじん肺健診をきちんとさせよ。(注。榎村氏の死後もじん肺死発生。)直ちに署へ電話し、西課長にK工業へ連絡させる。
- 2月7日(月)晴

- 新局長の指示で動きだし、労災課長と安全衛生課長より電話頻りにかかる。
- 安全衛生課長 ①K工業のじん肺健診実施機関の状況、異常者の処置、フィルム、環境測定記録を調査すること。②局所排気装置の設置届を提出させよ。設計者は、内容は局でチェックする。③現在の測定は埼玉県保健センター(県の外郭の財団。以前は基準局も天下り。前出)にさせたい。④X写真はXカーを持って行く。医師も行かせる。急いでやる。
- K工業社長より電話。
1. 9日に保健所に行くことにきめた。
 2. 途中、榎村氏が容体悪化して死亡した場合の責任はどうなるか。(注。社長が行くことをすすめたので)
 3. 血圧も高いし寒いので行くのは診断してもらってからにしたい。
 4. 本人は遠くへは入院したくない、自宅で家内のところで死ぬといっている。
 5. 今から診察等の手配をして、また連絡する。
- 以上のことを労災課長へ電話。課長は、
1. 強制してはまずい。X撮影可能か。
 2. (言外に)入院希望しないなら、労災としては放棄してもやむなしということ。
- 労災課長より電話。
1. 局長が健診車をやれといったので午後依頼に行く。(注。保健センターでは、1人のX写真では採算が合わないと言った。しかし、局長の意向で、財団だからと結局行くことになる。)
 2. K工業のX写真の有所見者分全員局に提出させよ。
 3. 局長が測定は明日でもやれ。局長も行く。西課長K工業へ行く。①X写真有所見者分借用。②局所排気装置の届出は困難。③榎村氏宅へ行くと、入院でなくレントゲン車を希

- 望。
- (局の意向は、労災であれば救済したいが、それが現在のところはじん肺管理区分4の決定がされていないので、法律的には不明の状態にあり混乱しているのがであった。)
- また、労災課長より電話。
- ①柳川先生の意見により診断可能なら日程を組みたい。(注。榎村氏が余りにも重症のため)。②じん肺経験のない保健所の診断では無理ではないか。③せつかく榎村氏の診断に行くのだから、K工業全員の診断をやってもよい。④K工業のじん肺健診で33名中15名有所見は極端に多いと渡辺氏(健診センターへ天下りした元労災審査官)の意見あり。⑤明日は9時に局へ出勤して待っている。
- (どうも通して考えると局は、①労災になりたければX写真をとれ、②その過程で死んでもその責任は負いきれないし、また、業務外になっても知らないということのようであった。)
- あまり暗いことだけ書いてきたので、一転して監督旅費の実態を紹介しよう。この頃の示達予算は月6,600円平均であったが、実態は以下のとおりであった。月は1977年である。
- | 月 | 実績 | 予算支払 | 不足 |
|---|--------|--------|--------|
| 4 | 9,520円 | 8,220円 | 1,300円 |
| 5 | 7,430円 | 6,130円 | 1,300円 |
| 6 | 6,560円 | 6,560円 | 0 |
| 7 | 4,585円 | 4,585円 | 0 |
| 8 | 8,170円 | 8,170円 | 0 |
| 9 | 6,410円 | 6,410円 | 0 |
- 不足分が少ないのは、次の理由による。
1. 行田市市内の監督は5時間未満で終了するので、労働省所管国家公務員等の旅費取扱規程18条1項1号イの規定によりゼロとなる。
 2. 官車に2人以上乗車して監督に行く場合

- には、運転者1名は官車利用で落とし、他の監督官のみを通常の予算で計算する。例えば、加須市出張の場合は、5等級では電車出張なら1人620円であるが、官車出張なら1人1,300円なので、これを上手に組み合わせることになる。
3. 災害調査とか、災害監督は一般会計の予算を使用せず、労災保険の特別会計の予算を使用する。
- 参考までに、昭和51年度の旅費の示達予算は以下のとおりであり、労災保険特別会計の比重が大きいことが分かる。

一般会計	労災保険特別会計
206,500円	463,050円
(内訳)	(内訳)
(昭52.3.31残)	(昭52.3.31残)
職員旅費	職員旅費
25,100円 (670)	69,950円 (5,650)
監督旅費	委員旅費
86,000円 (6,621)	58,000円 (4,070)
検査旅費	職員旅費(施設)
56,900円 (816)	56,100円 (3,665)
証人旅費	委員旅費(施設)
30,300円 (0)	3,000円 (50)
職員旅費(統計)	徴収職員旅費
5,000円 (0)	202,000円 (4,990)
委員旅費	滞納職員旅費
3,200円 (0)	74,000円 (6,400)

徴収職員旅費の大きさには驚くほかはない。これは、局への保険料徴収事務連絡や、他局や他署の徴収事務の見学にも使用できた。実は、このように徴収関係の予算が多いのは税務署等でも同じで、主計局の予算査定が通りやすいのかもしれない。



ハニフさん通勤災害認定の知らせを受けて

三井貴也

カラバオの会

「モハマド・ハニフさんの事故を通勤災害と認定する方向でまとまった」との連絡を2月1日、神奈川県・鶴見労働基準監督署から受けた。この相談を引き受けてからすでに10か月が経過していた。長く抱えてきた問題が解決したら喜びがこみ上げてくるものなのかもしれないが、私はそんなことはなかった。経験未熟なボランティアにこのケースは荷が重すぎ、歓喜を爆発させる余裕などなかったということなのだと思う。ただ時間が経つにつれ、深い安堵感が湧いてはきたが…。

「経験未熟なボランティア」というのは謙遜ではない。ハニフさんの事故は私が担当した初めての「労災」だったのだ。初心者が担当したばかりに、認定されるはずの事例も、されないで終わってはしようもない。受け持った当初から私は強い重圧を覚え、神奈川県労働職業病センターの西田さんや神奈川県シテユニオンの村山さんらに何度となく教を乞うた。だがそれでも、完全には失敗を避けることができなかった。

●交通事故で意識不明に 高額の治療費…

写真のプリント工場に勤めていたパキスタン人モハマド・ハニフさん(35歳)は昨年3月17日、

休憩時間中に食事をとるためバイクで外出したところ、交差点で乗用車と衝突、脳内出血の重傷を負った。「済生会 神奈川県病院」に運ばれ、直ちに手術を受けたが意識は回復せず、そのまま植物人間状態となってしまった。診断名は「外傷性くも膜下出血・硬膜下血腫」である。

ハニフさんも、自分の国にいては家族を養うだけの賃金を得られず、日本に出稼ぎに来ることを余儀なくされた数多い滞日外国人のひとりだった。会社の同僚であるだけでなく同じアパートに起居するイスマイルさんによると、父親を亡くしたハニフさんは家族の中の唯一の働き手として、カラチに暮らす高齢の母親と3人の姉妹に毎月かなりの額のお金を送っていた。その送金が突然途切れたら彼女たちはどうなるのか…。それに、私たちに事故の知らせがあった時点で、かかった治療費・入院費はすでに800万円に達していた。このまま治療を続ければ月100万円ずつ積み上がっていく計算だ。

何をすべきか。まず十全な環境で適切な治療・療養を受けさせなければならない。その点、収容先は申し分のない病院である。日々の看護のためにハニフ

さんのお姉さんに来日もしてもらった。だが、今回のように金銭的損失が巨額にのぼるケースにおいて私たちがやれる最大のことは、いかにしてその補償を勝ち取るかに尽きる。ひとつは事故の相手方である運転手に損害の賠償を請求することが考えられる。東京共同法律事務所の鬼東弁護士に請求を依頼したが、素人目にも損害賠償の獲得は至難とみえた。「自分に落ち度はない。赤信号なのに飛び出してきたハニフさんが100%悪い」と相手方は主張している。

本来ならこちら側も自らの主張を展開しなければならない。しかし、ハニフさんの意識がないため、それができないのだ。これでは「欠席裁判」になってしまう。

「こちらに有利な目撃者が現れない限り、過失相殺されて、得られるはずの賠償金がかなり減額されてしまう公算が大きい」との鬼東氏の説明を聞き、何としてももうひとつの補償である労災の認定を獲得しなければならないことを強く意識した。

●労災認定をめざす

とてもひとりでは担い切れないことを悟り、カラバオの会のメンバーのみならず、神奈川県内の他団体にも協力を要請し、「モハマ

ド・ハニフさんを支える会」を立ち上げた。呼びかけ人として、天明佳臣(神奈川県勤労者医療生協・港町診療所所長)・長島弘之(済生会 神奈川県病院ソーシャルワーカー)・西田隆重(神奈川県労働職業病センター)・村山敏(神奈川県シテユニオン)の各氏が名を連ね、賛同団体として「神奈川県人権センター」や「横浜教区・滞日外国人と連帯する会」などが参加して下さることになった。

では、モハマド・ハニフさんの事故は業務上の労災と認定される余地はあるのだろうか。業務上・業務外の判断を下すポイントは、彼が休憩時間中に夜食をとるために外出し、その際に生じた事故だった、という点にある。一方、労働省が監修した「業務災害及び通勤災害認定の理論と実際」によると、休憩時間中だとしても用便等の生理的必要性や作業と関連がある各種の必要行為・合理的行為は事業主の支配下にある限り、業務付随行為であり、業務上と解するのが一般に相当、とある。つまり休憩時間の食事をとるための外出が業務の遂行上、いかに必要であり、なおかつそれがいかに事業主の意思によって掣肘を受ける中で行われたのかを明らかにしていかなければならない。

夕方5時ごろ出社し、その日の注文分が仕上がる翌朝2時~4時ごろまで働くハニフさんは日頃、午後9時~10時に30分間の休憩をとっていた。10時間におよぶ長時間勤務のため、この間に食事をとる習慣だった。工場に食堂

の施設はなかった。「自分もハニフさんも休憩時間中の食事は弁当を持参したり、バイクで2~3分のコンビニエンスストアへパンを買いに行ったりしていた」と同僚のイスマイルさんは語った。弁当を持参する割合が7割・コンビニへ行くのが3割くらいだったという。その日はたまたま弁当を持ってきておらず、コンビニへ買い物に行くこととして事故にあったということのようだ。(実はこの証言には重要な事実が欠けており、この欠落部分の発見が後の労基署交渉における最大の転機となるのだが、詳細は後述する。)では、他の日本人従業員は休憩時間中どういう行動をとっていたのか。

それを述べる前に、この写真プリント工場の勤務形態についてふれなければならない。工場が昼夜通して稼働を続けるため、従業員の勤務形態は早出・昼から・夜勤・翌朝までの徹夜勤務と様々であり、勤務時間も5時間程度の短時間あれば10時間以上の長時間勤務者もいた。こうした形態であるがゆえ、休憩は一斉ではなく、所属長に許可を得てそれぞれの都合で取るようになっていた。休憩の長さも15分の者もいれば30分の者もあり、賃金から差し引かれるのを嫌って休憩をとらない者までいる。さらに休憩時間中、皆が必ずしも食事をとるとは限らないとのことだった。

こうした統一性のなさに困惑しつつも事業主からのたび重なる聞き取りによって、次のことが明らかになった。たしかに勤務時間も休憩のしかた・食事の取り方も

各自バラバラではあるが、長時間・徹夜勤務の者に限っていえば、ハニフさん同様、30分間休憩し、その間に夜食を食べていた。しかもほとんどの者がハニフさんのごとく、外に弁当を買いに出っていたのである。ただ労基署交渉に臨むにあたって、十分な注釈を加えなければならない事情があった。これら夜食をとる日本人従業員は皆、徒歩1分の場所にある弁当屋に買いにいっていたが、ハニフさん(イスマイルさんも)だけがバイクで2~3分の距離にあるコンビニへ赴いていた。なぜかと言うと、宗教上の理由からだった。イスラム教徒であるハニフさんはその戒律上、豚肉の摂取を禁じられている。のみならず、他の動物の肉であつても、同じイスラム教徒が調理した肉料理でなければ食べることはできない。弁当屋(いわゆるホカ弁屋)にあるメニューを思い浮かべれば、自身で調理するか、コンビニで肉の入っていない食べ物を購入するかしかハニフさんには選択の余地はなかった。

言うまでもないことだが、ビザの期限を越えて日本で暮らす外国人にも日本の労働法は適用される。法的に「労働者」として存在する限り、日本人労働者と同等の扱いを享受するというものだ。であるならば、文化や生活習慣の違いによって彼らが被る制約は、当然考慮されてゆかなければならない。こうした制約は往々にして、この国で就労していくうえでハンディに転化するのだから。このことを克服してやっ

外国人労働者を日本人と法的に対等に遇していると、日本の労働省は胸を張れるはずだ。今回の申請に当たっては、外国人労働者に対する意識の転換をも労基署に促したかった。

そうこうするうちに時は刻々と流れ、鶴見労基署に書類を提出するのに何と4か月もかかってしまった。ひとつには、労災手続の初心者である悲しさ、何をどう調べるべきなのか皆目分からず、いちいち「専門家」諸氏からアドバイスを受けなければ前へ進めなかったということがある。だが、それ以上に手続を進めるにあたっての私の判断ミスが遅延の原因となった。ハニフさんが勤めていた工場には事務処理部門がない。このため北九州市にある本社へ申請書類を送付しなければならなかったのだが、何日たっても戻ってこなかった。本来なら現場責任者や本社の社長に抗議するべきであったにもかかわらず、私はそれをやらなかった。業務上認定の困難な災害であっただけに、その証言者となるであろう現場責任者との友好的関係を崩したくなかったからだ。後述するが、実はこの事業所は重大な労基法違反を犯しており、このことがハニフさんの事故と密接に絡んでいた。つまり労基法に疎いがために、現場責任者に対して「圧」をかけながら迅速に進めてよいケースであることが悟れず、私はいたずらに時間を空費してしまったのだ。

●業務災害か通勤災害か

1998年10月7日。第1回鶴

見労基署交渉。十数名で交渉に望んだ私たちに対し、鶴見労基署は労災課長とその部下の2名で対応。こちらの人数の多さと、外国人の労災問題に精通する面々が参加していることに、ふたりは縮み上がっているように見えた。交渉も一方的に私たちのペースで進んだ。これは業務上の災害である、と口々に主張する私たちに対して、鶴見労基署側は一片の反証も述べることができなかつた。このまま押し切ることができるのでは、とメンバーの誰しもが感じたことだろう。

鶴見労基署との次の交渉日が数日に迫ったある日、シティユニオンの村山さんが「ところで事故当日、同僚のイスマイルさんはどこで夜食をとったんだろう」と尋ねてきた。そのようなことに一度も疑問をいだかなかつた私は、返答することができなかつた。ハニフさんと同居していた人のことなのだから調べておくべきだと忠告された。イスマイルさんに連絡し、あらためて話を聞いて私は仰天した。事故のあった3月17日、イスマイルさんは休憩時間中、帰宅して食事をとっていたのである。その日、彼らの家には食事の用意がされてあった！ だとすればハニフさんだってコンビニではなく、帰宅して食事をとった公算一すなわち通勤災害の可能性ががぜん高まるではないか。コンビニと2人のアパートとは同一経路上にある。だからハニフさんが意識を取り戻して口を開かない限り真相は分からない。しかし、不都合なことがバレた際に誰もが発するきまりの悪そう

な彼の口調を耳にして、「ハニフさんは帰宅したのだ」との私の思いは嫌でも強まった(注)。

(注)イスマイルさんへのその後の聞き取り調査の結果、以下のことが明らかになり、私たちは最終的にハニフさんの帰宅を確信するに至った。

1. 2人ともコンビニのパンなどよりも、自身で調理したカレー料理を好んでいた。コンビニに行くことは実はきわめて稀だった。
2. 事故前の数日間毎日、帰宅して食事をとっていた。
3. 事故当日の朝、ハニフさん自らが調理している。しかも彼の好物の食材を使って。

イスマイルさんはなぜ「事実」を隠そうとしたのだろうか。それは、休憩時間中に帰宅して食事をしていたことが明るみに出れば労災がフイになると思込んでいたからだった。これをイスマイルさんの過誤と決めつけることはできない。この私自身が通勤災害の可能性を少しも追求しようとしてこなかったのだから。このときばかりは自分の無知を嘆く気にさえなれなかつた。ほんの少しの失策で「業務外」の判を押されそうな事例を、素人が担わなければならないという理不尽さに正直、怒りが込み上げてきた。

「通勤災害」ではなく「業務災害」という体裁で、鶴見労基署にはすでに書類を提出してある。しかも次の交渉日はすぐそこにまで迫っている。「通災」獲得一本に絞り、こちらの主張をあらためて根本から組み直すには時間

がなさすぎた。「労災」「通災」両方ミで意見を展開していくしかない、というのが「支える会」の会議の結論だった。

「支える会」の他のメンバーにも多少の動揺はあった。しかし、鬼束弁護士と村山さんが私の失態を補って余りあるかのような労災認定のための強力な論拠を示してくれた。労基法第34条には、8時間以上勤務する者には1時間以上の休憩を与えなければならない、とある。30分間に過ぎないハニフさんの休憩は、法的には「休憩時間」と呼ぶことは到底できない。この短さからいえば、むしろ「準業務時間」とでも言うべきではないか。だとすれば、ハニフさんの被災を業務外と断定することはできないはずだ、というのだ。さらに、事業所の労基法違反を見逃した鶴見労基署の監督責任も問うべきで、このことが認定獲得へ向けての援護射撃になるだろうとも指摘してくれた。

ふたりの提起によって、私たちの主張はより強固なものとなったといえるだろう。労災—業務上認定に不可欠なチェックポイントのひとつである「事業主の労働者に対する支配性」を私たちは裏付けられないままだった。工場の現場責任者は、ハニフさんが休憩時間中、どこへ行っていたかを漠然としか知らなかつた。だからハニフさんが強力な支配下にあったとは言い切れない気がしていたのだ。だが、彼らの指摘は「支配」の解釈問題を越えて、休憩時間の短さから労働者への支配の強さを証してくれる。30分

の間に身体を休めるだけでなく食事をするというのは、いかにも慌ただしい。この慌ただしさ—自由の無さにこそ、事業主の支配の強さが現われている。こうした論理展開に、鶴見労基署が有効な反論を加えられるとはとても思えなかつた。

●支給の可能性高まる中で

10月22日。第2回交渉。爬虫類のような目つきをした痩せた男性が部屋に入ってきた。鶴見労働基準監督署の次長だった。上司が同席して心強いのか、労災課長らの表情も前回と打ってかわって落ち着きを取り戻しており、ある陰しささえ漂わせていた。イヤな予感がした。長時間にわたる私たちの主張を聞き終えて、労災課長が抑揚のない声で話し始めた。「モハマト・ハニフさんの災害は、①業務時間外に発生した事故だった。②しかも事業所の構外で起きた事故だった。③業務内容とは直接には関わらない交通事故だった。この3点から、今回の災害を業務上とは認め難い」。これだけだった。

一瞬シンとなったあと、私たちは口々に「反論」しようとした。いや「反論」というのは正確ではない。ある「論」に対して反駁するのが「反論」であるはずだが、労災課長の謂いには「論」のかけらも見つからなかつた。「業務外判定の根拠」の筋道立った説明を、私たちは求め続けた。しかしどう言い募っても、労基署側は冒頭の3つの事由を繰り返すばかりだった。「両者の主張は並行線をたどった」という言い方があ

るが、こうした表現でたとえられることさえ嫌悪を感じる。私たちが望んだ真摯な議論を一方的に拒絶したのは、ひとえに鶴見労基署のほうなのだから。真正面からの議論を期待した私が甘かつた。正論を平然と無視し、力づくで抑えつけるからこそ「権力」なのだ。そのことを思い知らされた。

このまま交渉を続けても労災としての認定はおぼつかない。これは明らかだった。通災認定のための調査を鶴見労基署に要求して私たちは交渉を終えたが、これとても、ちょっと引っ張ればちぎれてしまいそうな細い可能性のようにはか感じられなかつた。ハニフさんはひとつまみの枯枝のように痩せて細ってしまった。未払いの医療費はすでに1,500万円を越えようとしていた。ハニフさんの同僚であるイスマイルさんへの鶴見労基署による事情聴取の日が間近に迫っていた。イスマイルさんがきちんと対応できるよう支援しなければならぬ。しかし、気力が湧いてこなかつた。

火が消えそうになっている私とは対照的に、「支える会」の他のメンバーが精力的に動き始めた。カラバオの会の宮越さんが、事情聴取にあたって何に注意すべきかをイスマイルさんに丁寧に説明してくれた。聴取に対してウソを述べるわけではない。イスマイルさん自身、ハニフさんの帰宅を確信しているのだから。ただ、なぜハニフさんの帰宅が確かな事実なのかを具体的に証言する必要はあった。そのための記憶の整理は欠かせない。周到

な彼女の解説に私は感嘆するほかなかった。初めての体験におそらく不安であったらうイスマイルさんに、英語の通訳者としてつきそってくれたのは、同じカラバオの会の今泉さんだった。そして何よりも、当のイスマイルさんの緊張はどれほどのものだったろう。親友であるハニフさんとその家族の運命は彼の証言いかんで決まってしまう。聴取を受ける前、「(この聴取は)アッターが私に与えた人生最大の試練だ」と彼が語っていたことを後になって知った。「モハマド・ハニフさんを支える会」はたくさんの人々によって担われてきたが、通災認定のための突破口を開いたのはこの3名の方々だったと私は思う。

●認定をめぐるって思うこと

冬がきた。イスマイルさんの事情聴取の日から3か月近くが過ぎようとしていた。相談が持ち込まれて以来ほとんど毎日、ハニフさんのことを考え続けてきた。鶴見労基署の決定を待つことなど何ほどのことはなかったが、一進一退を繰り返すハニフさんの容態の方は心配でならなかった。ハニフさんの母親は彼の帰国を心待ちにしている。インフルエンザにでも罹って万が一のことでもあったらどうすればよいのか…。だが、労基署に「人道的措置」など求めてもムダだということとは私にもよく分かっていた。

1999年2月1日、鶴見労基署から、ハニフさんの通災認定の報が私の携帯電話に入った。追加調査を試みたが、イスマイルさんの証言を疑うに足る事実が

出てこなかった、というのが認定の主因らしい。拍子抜けとはこのことだ。労災認定の困難さとのこの落差はいったい何なのか。新聞報道をみてみよう。神奈川新聞や日本経済新聞・ジャパンタイムズなど各紙は「宗教上の理由による帰宅」と判断されたことが、認定のおもな理由だと書く。だが、私は疑わしいと考えている。鶴見労基署が、滞日外国人労働者に対してそのような「温情」を持ち合わせる役所だともいうのだろうか。ハニフさんの宗教上の制約について考慮する気が少しでもあるのなら、労災の当否を明らかにするあれらの交渉を、ゴミ袋でも放るよう打ち捨てるはずがないではないか。彼らの姿勢は「異文化への寛容」を云々できる次元にまで断じてなかった。

では通災認定の真の理由は何か。交渉のたびに「痛撃」されてきたことに嫌気がさし、「支える会」にこれ以上かかすられたくない、と考えたのかもしれない。マスコミで広く報じられただけでなく、病院に莫大な未払い医療費が残っていることをも考慮したとき、通念上、どこかで落としどころを見い出さざるを得なくなった事情も絡んでいるだろう。だが、こうしたこと以上に鶴見労基署—というより日本の労働省の意思が水面下で強く働いたのではないかと私には思える。

「休憩時間中・事業所構外の被災」はこれまでその業務上外判断をめぐる、幾度となく紛議をくり返してきた。「労・官」がならみ合ったまま動かない最前線上

で、左右に揺れる微妙なケースだった。ハニフさんの労災を認めることは、すなわち「官」の前線からの一歩後退を意味する。それだけは何としても避けなければならない…深いところで労働省のこうした論理が働いたのではないだろうか。加えて、労働省予算の帳尻合わせへ配慮も為されなければならないのだらう。ハニフさんのような災害を「業務上」と判断してしまえば今後、無視できない件数にのぼるであろう同様な被災をも認定せざるを得なくなる。あまたの労働者が休憩時間中に外出・外食しているのが日本の現状なのだから。それが通勤災害の認定程度で済むのであれば安いものだ。いまだ、帰宅して食事をとる者などとるに足らない員数ではないか…。

モハマド・ハニフさんの通災はたしかに認定された。が、労災認定をめぐる争論が封殺されてしまったことを私は心から残念に思う。「ハニフさんの外出は、なぜ業務に必要な行為でないといえるのか」、「30分の休憩がどうして法的に適正な『休憩時間』と位置づけられるのか」、「事業所の労基法違反を放置していた責任を鶴見労基署はどうとるつもりなのか」—労基署と事業所の過失を証すはずのこれら糾問はいつまでも発し続けられなければならない。血を流し道路に横たわった彼を、せめて慰謝したいと願うのならば。



(「神奈川労災職業病ニュース」より転載)

毎年110万件の労災死亡

ILO ●技術進歩に伴い変化する危険

ジュネーブ (ILO ニュース)

世界労働機関 (ILO) の推計によれば、世界中で毎年、100万件をこす労働に関連した死亡が発生し、数億の労働者が労働災害や有害物質への職業上曝露に被災していると、ILOの安全衛生プログラムチーフは本日 (4月12日)、サンパウロで開催された第15回世界労働安全衛生会議のオープニングで参集した各国の代表たちを前に語った。

会議の冒頭セッションのスピーチで、ILOの安全衛生プログラムチーフの Dr. Jukka Takala は、110万件の死亡という労働現場における犠牲者は、交通事故 (999,000)、戦争 (502,000)、暴力 (563,000) および HIV/AIDS (312,000) による毎年平均の死亡を上回っている。これらの死亡のおよそ4分の1が、がんや心血管、呼吸器系や神経系の疾患のような重篤な病気を引き起こす有害物質に曝露した結果によるものである。労働関連疾患は2020年までに倍増するものと予測されており、もし現時点で改善が実施されなければ、今日曝露したことによって2020年まで人々が死亡することになるだろう、と彼は警告した。

さらに、控えめな推計によっ

ても、毎年、2億5千万件の労働災害および1億6千万件の職業病に労働者が被災している、と彼は語った。彼は、農業、林業、漁業や鉱業のような—世界で最も危険な産業のいくつかである—一次産業または採掘産業に労働者数の大部分が集中している開発途上国において、死亡および傷害がとりわけ甚大な損失をもたらしていると語った。

また、ILOによれば、もし利用可能な安全慣行や適切な情報が利用されたならば、約60万の生命は救われたであろうという。

- ・毎年、2億5千万件の休業災害が発生しており、これは、毎日685,000件、毎分475件、毎秒8件に相当する。
 - ・1,200万人の児童労働者が労働災害に被災しており、そのうちの12,000件が致死的なものと推定されている。
 - ・毎日3,000名、毎分2名の労働者が、仕事によって殺されている。
 - ・アスベストだけで、毎年、10万名以上の労働者を殺している。
- ILOの推計は、先進産業化諸国における死者率は、中央・東ヨーロッパ、中国、インドのほとんど半分であることを示している。ラテンアメリカやカリブ海地域に

おいては、死者率は産業化諸国の4倍にはねあがる。一定の危険な仕事は10倍から100倍もリスクが高くなる。開発途上諸国の建設現場は、産業化諸国におけるよりも10倍も危険である。

産業化諸国においては、労働態様の構造上の変化や、災害が発生した場合に生命を救うことになる改善された応急手当や救急医療を含めて、労働現場をより健康的かつ安全にするために現実に実施された改善の結果として、重大な傷害のはっきりした減少を示した。しかしながら、労働態様の変化は、筋骨格系問題、ストレス・メンタル問題、ぜんそく・アレルギー反応、アスベスト、放射線や化学物質のような有害・発がん物質曝露に起因する諸問題等の、新たな職業上の危険を生じさせつつある。

●怠慢は高づく

職業性または労働関連性の傷害・疾病の経済的コストは、急速に増大しつつある。ILOの専門家は、「人間の生命の価値を評価することは不可能であるが、補償統計は、世界中の国民総生産の約4%が、休業、療養、障害、遺族給付としての疾病のコストとして消失してしまっていることを示している」と言っている。労働関連性の傷害・疾病によって喪失している国民総生産は、アフリカ、アラブ、南アジア諸国の国民総生産の合計よりも多く、また、世界中の開発途上諸国に対する公的開発援助資金の合わせたよりも多い。

深刻な物資の不足と不十分な医療施設に加えて、開発途上諸国のかかえる問題は、急速な産業化と都市への人口集中により複合されたものである。Mr. Takalaによれば、グローバリゼーションという状況のもとでは、新たな、しばしばインフォーマルで危険な、産業が新たに起こり、産業労働の経験がないままに労働者を引きつけつつある。十分な住宅家屋を供給できないために、工場や工業地帯の開発が遅れることがある。

インフラストラクチャーのニーズは、住宅、道路、ダム、発電・通信施設等々の多様な分野において、別の危険な業務である建設作業を増大させ、多数の利益をもたらすが、同時に、交通、騒音、ストレス、間違っ使用されたり不適切に廃棄されたら危険な可能性のある新製品やおびただしい数の化学物質・合成化学物質等の、現代的な産業社会に付随した諸問題をもたらす。開発途上諸国における玩具や織物あるいは同種の工場が引き起こした多数の火事が証明しているように、少ない投資資本をめぐる激しい競争は、安全衛生や環境に対する配慮を無視する結果をもたらす可能性がある。

労働安全衛生のカバーする範囲は世界の異なる地域によって非常に多様であるとILOでは言っており、例えば、開発途上諸国の多くでは何らかの対象となっているのは10%かそれ未満の労働者にすぎないようであるのに対して、ノルディック諸国では労働者全体をカバーしている。産業化諸国の多くでさえも、労働災害・職業病の対象範囲は全労働力のおそらく半分だけであろう。

●安全を改善する戦略

全ての労働者に対する可能な限り広く適用するための議論が行われているにせよ、ILOでは、各国が直面している異なった状況に照らして、労働安全衛生を改善するための多様な戦略が必要とされていると考えている。産業化諸国においては、優先順位は、不十分な労働現場の労使関係やマネジメントと関連した心理学的なファクター、反復する高度に技術的な仕事による精神的、身体的影響、化学物質を含め新たな技術や物質を取り扱った情報、に焦点を当てる必要がある。

産業化しつつある諸国においては、優先順位は、農業、漁業、林業のような第一次産業における安全衛生慣行の改善、火事や有害物質の漏洩等の産業災害の防止、インフォーマルな労働現場や家内産業等の、あるいは、非常に有害で毎年多数の不必要な早すぎる死亡を引き起こしているシリカ粉じん曝露等の伝統的な事故や疾病の防止、に焦点を当てる必要がある。

「産業化のレベルのいかなる国においても」とDr. Takalaは語った。「労働者の死亡および傷害のかなりの部分は、安全衛生に関する情報の不十分さに帰することができる」。彼は、安全衛生に関する情報およびネットワークを改善するための、


たくさんのILOのプログラム—そのうちのいくつかは、世界保健機関(WHO)、国連環境計画(UNEP)と協力して開発したもの—について概説した。

これらのプログラムには、労働現場における化学物質の特性に関する明確で標準化された情報を開発、翻訳、流布することを目的とした国際化学物質安全性評価計画(IPCS)を含んでいる。ILOではまた、広範なサーチを引き受け、昨年最新の第4版が出版された4,000頁のILO労働安全衛生エンサイクロペディアを含め、多数の出版物を発行している。

彼は、化学物質安全プログラムから、中国における零細鉱山、中央アメリカにおける農業安全イニシアティブ、アフリカ全土における労働安全衛生情報キャンペーンに至るまでの、開発途上諸国における多数の取り組みの実例をあげた。

Dr. Takalaは、会議の参加者たちに、労働安全衛生を改善するための具体的な目標を設定するよう促した。これには、政策や規則の改善、労働衛生サービスのより広い利用可能性、インフラストラクチャーの改善、人材、よりよい記録・通知システム等が含まれる。「改善された安全文化とは、ある程度は資源や技術の問題であるが、何よりも、労働現場の現在のまた変化しつつある危険性に立ち向かうなかでの、よりよい情報、マネジメント、高度に倫理的な基準を必要とする」と、Dr. Takalaは語った。

ILOは、労働安全に関する第155号および労働衛生サービスに関する第161号の枠組み条約のような基本的な労働安全衛生条約が、最低基準として考慮されなければならないことを強調している。さらに、Global Safe Work Programmeが、労働安全衛生

に関する知識、アドヴォカシー、サービスを提供し、また、これを地球的、国際的、国内的に重要な議題としていくために、着手されつつある。
* この原文は、<http://www.ilo.org/public/english/235press/pr/1999/9.htm>で入手できる。

連続で過去最少となった。しかしながら、いまなお、労働災害による被災者は、年間60万人近い状況にあり、死亡災害についても、年間1,800人を超える状況にある。また、昨年来の橋梁工事現場における架設桁落下災害や列車との接車災害等、一度に多数の労働者が被災する災害も後を絶っていない。このため労働省では、今後とも、第9次労働災害防止計画に基づき、死亡災害を含め労働災害をさらに減少させるための対策の一層の推進を図ることとしている。

死亡災害が過去最少となった

日本は初めて2千人を下回る
労働省●平成10年度の死亡災害

労働省は4月22日、平成10(1998)年における死亡災害の発生状況について発表した。その内容は、以下のとおり。

× × ×
平成10年に労働災害によって亡くなった方は、1,844人であった。

平成10年の労働災害による死亡者数は、過去最少を記録した平成9年に比較して234人、11.3%減少し、初めて2,000人台を割り込んだ。

業種別にみると、建設業における死亡者数が725人(全体の39.3%)、次いで製造業が305人(同16.5%)、陸上貨物運送事業が225人(同12.2%)となっており、業種別では依然として建設業が最も多く発生しているが、建設業、製造業においては、全産業と同様に2年

業種別死亡災害発生状況(平成元年~10年)

平成	10年	構成比 (%)	9年	構成比 (%)	8年	構成比 (%)	7年	構成比 (%)	6年	構成比 (%)
全産業	1,844	100.0	2,078	100.0	2,363	100.0	2,414	100.0	2,301	100.0
製造業	305	16.5	351	16.9	405	17.1	417	17.3	409	17.8
鉱業	29	1.6	40	1.9	32	1.4	45	1.9	27	1.2
建設業	725	39.3	848	40.8	1,001	42.4	1,021	42.3	942	40.9
交通運輸事業	47	2.5	38	1.8	36	1.5	47	1.9	47	2.0
陸上貨物運送事業	225	12.2	290	14.0	333	14.1	312	12.9	292	12.7
港湾荷役業	19	1.0	17	0.8	28	1.2	20	0.8	15	0.7
林業	69	3.7	56	2.7	80	3.4	74	3.1	83	3.6
その他	425	23.0	438	21.1	448	19.0	478	19.8	486	21.1

平成	5年	構成比 (%)	4年	構成比 (%)	3年	構成比 (%)	2年	構成比 (%)	元年	構成比 (%)
全産業	2,245	100.0	2,354	100.0	2,489	100.0	2,550	100.0	2,419	100.0
製造業	414	18.4	392	16.7	448	18.0	447	17.5	431	17.8
鉱業	36	1.6	41	1.7	46	1.8	44	1.7	46	1.9
建設業	953	42.4	993	42.2	1,047	42.1	1,075	42.2	1,017	42.0
交通運輸事業	41	1.8	47	2.0	52	2.1	64	2.5	49	2.0
陸上貨物運送事業	281	12.5	270	11.5	292	11.7	311	12.1	307	12.7
港湾荷役業	16	0.7	22	0.9	29	1.2	28	1.1	26	1.1
林業	67	3.0	88	3.7	81	3.3	87	3.4	86	3.6
その他	437	19.5	501	21.3	494	19.8	492	19.3	457	18.9

資料出所：労働省「死亡災害報告」

業種、事故の型別死亡災害発生状況

	墜落・転落	転倒	激突	飛来・落下	崩壊・倒壊	激突され	はさまれ巻き込まれ	切れ・こすれ	踏抜き	おぼれ	高温・低温物との接触	有害物との接触	感電	爆発	破裂	火災	交通事故(道路)	交通事故(その他)	動作の反動無理な動作	その他	分類不能	合計
全産業	511	33	6	112	107	101	261	10	2	26	16	29	41	9	3	12	521	27	0	13	4	1,844
製造業	56	6	0	30	17	20	91	1	0	3	6	15	10	5	2	5	34	0	0	3	1	305
鉱業	7	0	0	1	9	3	5	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	29
建設業	332	14	2	50	61	33	74	2	2	11	7	10	23	1	0	3	98	0	0	1	1	725
交通運輸業	2	0	1	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	17	0	0	0	47
陸上貨物運送事業	16	0	2	8	4	5	25	0	0	0	1	1	1	0	0	0	160	1	0	0	1	225
港湾荷役業	3	0	0	2	2	3	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	19
林業	7	4	0	14	11	17	4	4	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	0	69
その他	88	9	1	7	3	18	51	3	0	8	2	3	7	2	1	4	203	9	0	5	1	425

資料出所：労働省「死亡災害報告」

事業場におけるヒアリング結果の概要

平成10年における死亡災害減少の要因について、全国の有力な事業場の安全衛生担当者(部長クラス)からヒアリングしたところ、回答結果(複数回答)の概要は次のとおりであった。

死亡災害減少の要因として挙げられた内容	製造業	建設業	陸上貨物運送事業	合計
ヒアリング事業場数	94	72	47	213
① 個々の事業場における各種安全対策の定着	77 (81.9%)	60 (83.3%)	42 (89.4%)	179 (84.0%)
② 最近の景気低迷による経済活動の低下による影響	46 (48.9%)	52 (72.2%)	30 (63.8%)	128 (60.1%)
③ 経営者の安全衛生意識の向上	6 (6.4%)	42 (58.3%)	10 (21.3%)	58 (27.2%)
④ その他	27 (28.7%)	24 (33.3%)	6 (12.8%)	57 (26.8%)

- ※1.①についての具体例
- (製造業)
 - ・労働者の安全衛生意識の向上(安全衛生教育、危険予知活動の定着等)
 - ・機械設備の本質安全化の進展
 - (建設業)
 - ・労働者の安全衛生意識の向上(安全衛生教育の実施、安全施工サイクル、危険予知活動の定着等)
 - ・現場の安全衛生管理(体制)、専門工事業者の自主管理の充実
 - (陸上貨物運送事業)
 - ・交通労働災害防止のためのガイドラインに基づく対策の実施
 - ・経営トップ等による安全パトロールの実施
- 2.②について、「景気低迷」が安全衛生管理に与えた影響の具体例
- (製造業)
 - ・良質な労働力を確保できる。
 - ・時間的余裕ができ、安全対策の充実が図られた。
 - (建設業)
 - ・良質な労働力・優良な専門工事業者を確保できる。
 - ・職員に余裕ができ現場の管理に目が行き届く。
 - (陸上貨物運送事業)
 - ・無理のない走行計画により、労働者がゆとりをもって作業を行えるようになった。
 - ・事業者間の選別が厳しくなった結果、安全衛生対策の推進が図られるようになった。

要因については、最近の景気低迷による経済活動の低下による影響も考えられるものの、このような経済状況下にあっても個々の事業場における安全衛生管理活動が引き続き積極的に展開されていることによるものと考えられる。

- なお、事業場に対するヒアリング結果においても、
- ① 個々の事業場における各種安全対策の定着、
 - ② 最近の景気の低迷による経済活動の低下による影響、
 - ③ 経営者の安全衛生意識の向上等が挙げられている。

平成10年における死亡災害発生状況の概要

1. 業種別発生状況

(1) 建設業における死亡者数は725人で、全産業に占める割合は39.3%となっており、業種別では依然として最も多く発生している。平成9年と比較すると、123人、14.5%減少し、過去最少を記録した平成9年に続

き、2年連続で過去最少となった。

- (2) 製造業における死亡者数は305人で、全産業に占める割合は16.5%となっている。平成9年と比較すると、46人、13.1%減少し、過去最少を記録した平成9年に続き、2年連続で過去最少となった。
- (3) 陸上貨物運送事業における死亡者数は225人で、全産業に占める割合は12.2%となっている。平成9年と比較すると、65人、22.4%の減少となっている。

2. 事故の型別発生状況

- (1) 高所からの「墜落・転落」による死亡者数は511人(27.7%)、「道路上の交通事故」に

よる死亡者数は521人(28.3%)で、この2つの災害で全体の56%を占めている。

続いて、機械等への「はさまれ巻き込まれ」による死亡者数が261人で、全体の14.2%となっている。

- (2) 建設業においては、墜落・転落による死亡災害の占める割合が高く、45.8%(建設業全体の725人中332人)となっている。
- (3) 陸上貨物運送事業においては、「道路上の交通事故」による死亡災害の占める割合が高く、71.1%(陸上貨物運送事業全体の225人中160人)となっている。



じん肺ホットライン相談の経過
大阪●都会は「じん肺無医村」?

昨年10月に関西労働者安全センターが行った「じん肺・肺がん・アスベストホットライン」の相談者の管理区分申請結果がこの間出てきているとともに、現在、相談者の知り合い1名、トンネル工事従事者2名の随時申請等に協力している。

●ハツリ労働者のじん肺

Mさん(47歳男性)は約30年間、建設、解体現場でハツリ作業についてきたベテランである。阪神大震災復興工事中の1995年9月から1996年4月まで結核

にかかって入院した。その後もハツリの現場で働いてきた。ホットラインに電話をするまで、じん肺の労災補償については知らなかったという。

管理区分申請を大阪労働基準局に行き、昨年11月に「管理2」と決定された。さいわいじん肺の症状は軽い。ところが、Mさんが住んでいる地域はこうしたハツリ作業労働者が多く居住しており、じん肺で困っている労働者もいるのだということだった。

その後、Mさんの紹介でNさ

ん(55歳男性)が相談に来られた。Nさんの作業暦はMさんより長く約36年。10年ほど前から健康診断でじん肺を指摘されていた。最近、手足がだるい、咳、息切れといった症状が強くなっていった。過去の健診ではじん肺は指摘されても、労災に関する情報は会社側からは何もなく、じん肺の管理区分申請も経験がなかった。2月初旬にMさんと同様に、管理区分申請を大阪労基局に行った。主治医は療養が必要な状態であると判断している。要療養と認められれば、労災請求の予定である。

2人の申請からわかるように、第1に、ハツリ作業など都市労働者のじん肺への労災補償・衛生対策が遅れているということである。第2に、おふたりとも何度も医療機関にかかりながら、一度もじん肺の療養や補償に関して適切なアドバイスをもらえていないことである。じん肺に関して都会は「無医村同然だ」という人もいて、そんな実態を反映していると思われる。

●トンネル労働者のじん肺

Hさん(58歳男性)は、1957年から1961年にかけて4年余りトンネル工事などの粉じん作業に従事し、その後、製鉄所で約2年間働いた経験がある他は、粉じん職場らしいところでは働いていなかった。ところが、1988年に結核で5か月入院した。その後もう一度結核で療養したことがあったが、どちらの時も労災保険のことは知らなかったため、補償は受けられなかったという。家族が

新聞記事を見てホットラインに相談してこられた。

じん肺健診を受け大阪労基局に管理区分申請、3月に「管理3のイ」の決定を受け、健康管理手帳の交付を申請している。さいわい今のところは療養が必要な状態ではない。職歴は短くても、じん肺という病気はあなごれない。トンネル工事では主に珪酸粉じん曝露するが、これは最も有害性が高いとされているもののひとつなのである。

Iさん(67歳男性)は、1960年から約33年間トンネル工事に従事、最近咳、たん症状に加えて階段昇降時など労作時の息切れが強くなり、かつての同僚の紹介でじん肺健診を受け、居住地を管轄する岐阜労基局に管理区分申請した。3月、「管理3のイ、合併症・続発性気管支炎、要療養」の決定を受けた。現在、労災請求の手続に入っている。

Kさん(71歳男性)は、1951年頃から土木建設工事に従事、とくに1951年から1967年にかけて通算6年余りトンネル工事に就労した。じん肺に多発性のう胞を合併して現在入院治療中で、肺機能が低下して在宅酸素療法を必要としている。福井労基局に管理区分申請したところ、3月に「管理3のイ」と決定を受けた。しかし、主治医は著しい肺機能障害があることから療養が必要と判断しているにもかかわらず、不当にも管理区分決定では「療養否」と判定されたため、現在、対応を検討しているところだ。

●断熱保温工労働者の石綿肺

Mさん(75歳男性)は、1967年頃から約23年間、断熱保温工事でアスベスト作業に従事した。火力発電所、原子力発電所、化学プラントなどの新設、補修にたずさわってきた。65歳の時に喘息で入院し、じん肺だと主治医に言われたが、労災に関する指導はなかった。以来、何の手続もしたこともなく、管理区分決定も一度も受けていなかった。ホッ

トラインに相談に来られて以降、医療機関への受診、職歴調査など管理区分申請に向けて準備している。

いまなおじん肺は最大の職業病であり、この間の経験をもとに今後さらに相談活動を継続していくとともに、行政、企業に対する取り組みを進めていきたいと考えている。



(関西労働者安全センター)

股関節等の障害を公務外

東京●明確な災害性疾病に不当な決定

東京都大田区職員のKさんは、1995年6月20日の昼過ぎ、区役所本庁舎内の階段を文書を見ながら降りていた。あと2段のところ階段が終わったと錯覚して足を踏み外しそうになったため、とっさに壁にしがみつき、階段に残っている右足で無理に踏みとどまろうとした。この時、右足を中心に右に身体をひねってしまい、右股関節と膝関節に激痛を感じた。痛みのためしばらく歩行ができず、近医では右股関節、膝関節捻挫の診断で、安静にするように言われた。

痛みがとれないため、6月29日に日本鋼管病院整形外科に入院。「右脛骨骨折後右大腿骨頸部不全骨折、右膝捻挫」の診断で治療を行った。同時に公務災害の認定請求を行い、療養・休業補償を受けた。

それでも痛みがとれず、11月7日に埼玉医大附属病院整形外科教授外来受診、入院精査の上で「右股関節臼唇障害、膝蓋大腿関節症」の診断を受けた。1996年3月18日、右股関節の手術を行い、8月19日手術で用いたワイヤーを抜去、股関節の痛みは初めてなくなり、右膝も動かさなければ痛くなくなった。ここで、1995年11月からの治療分の追加認定を請求した。

ところが、追加請求から2年間返答がなく、突然公務外決定が下された。

理由は、「本件の主たる原因は昭和49年9月のオートバイ事故によるもので、公務と因果関係が認められない。災害発生時に転倒したわけではなく、『股関節臼唇障害』、『膝蓋大腿関節症』を発症させるほどの力が当該

部位に作用したとは認められない」という、まったく不当なものであった。

股関節臼唇障害とは、骨盤にある大腿骨の受け皿の部分の周囲にある臼蓋唇という軟部組織が損傷を受けて起こるもの。ひねって力が加わる等で十分損傷を起こす可能性がある。交通事故による骨折で変形などが残っていればなおさら小さい力で起こり得る。膝蓋大腿関節症は、膝の膝蓋骨と大腿骨の間の軟骨が痛んで起こるもので、交通事故の傷が基礎的状态で影響した可能性はある。しかし、1995年の受傷前は股・膝とも痛みはなく、この受傷によって発症したと考えるのが自然である。

転倒しなくても「骨折」は公務上

にしておきながら、関節の軟部組織損傷なので広い意味では捻挫である股関節臼唇障害を公務外にするとどうということか。間違った診断であった「右脛骨骨折後右大腿骨頸部不全骨折、右膝捻挫」を公務外にして、手術で確認された右股関節臼唇障害、膝蓋大腿関節症を公務外にするとは何ごとであろうか。

この決定を不服として、Kさんと大田区職員労働組合は審査請求書を提出した。これに対し地方公務員災害補償基金東京都支部は審査請求棄却を求める弁明書を提出している。東京労働安全衛生センターでは、この明らかな公務災害を認めさせるため意見書を提出して今後も支援を継続する。



基地退職者の第2次請求

神奈川●「3年の時効」内の7名

3月25日、米海軍横須賀基地で働き、退職後にじん肺などの石綿疾患になった被災者6名が横浜防衛施設局に対して、日米地位協定に基づく損害賠償請求を行った。「時効」が迫っていたため先に請求した故Oさんと合わせると7名になり、昨年請求して拒否された20名(1・2月号参照)に続いて第2次請求になる。

今回集団請求した7名の被災者は、いずれもじん肺管理区分決定や石綿疾患の労災認定を

受けており、かつ防衛施設庁や防衛施設局言うところの「時効3年範囲内」で請求権を行使したかたちとなっている。時効について、施設庁、局は「最も重い管理区分の決定を受けた日(肺疾患の場合は、診断を受けた日)から3年」とする解釈を示している。この時効の考え方の不当性については、昨年交渉で散々追及していたが、これ以上は裁判で争うしかない。

さらに、そこで私たちは、防衛

施設庁や局が言う「3年の時効」も消滅していない被災者に呼びかけて今回の7名の請求となった。請求額はいずれの被災者についても、将来の死亡損害など含めた慰謝料として一律1人4,000万円(すでに労災で休業補償が認められている者についてはその上積み分も)を求めている。これは、施設庁・局が昨年、損害の請求可能な範囲について、「損害が確定していない時点でも、休業損害も含め包括一律請求、即ち慰謝料が認められる」と回答しているからである。これは、請求時点での確定した損害を請求する通常の裁判の考えからすれば少しおかしいが、時効の3年の起算点を損害が確定しないじん肺の管理区分決定に早めた結果生じた矛盾とも言えよう。

請求当日はテレビでも放映されたが、6名の請求者がほぼ全員出席して請求書を提出して、早期補償を求めた。横浜防衛施設局は、米軍住宅の崖崩れの補償問題で課長が不在、課長補佐ら2名が対応し、その場で提出書類を確認、正式受理した。

これに先立ち、第2次請求団と第1次請求で拒否され裁判提訴の準備を進めている皆さんを励ますため、3月22日、「基地従業員へのじん肺上積み補償を求め集い」が全駐労横須賀支部で開催された。

当該の方々はもちろん、全駐労、ベース(基地)OB会、横須賀地区じん肺被災者の会などから約40名が参加した。集会のあと、じん肺の相談会も行われた。

6年前の事故による骨髄炎 大阪●「労災に加入していない」と放置

Aさんは大阪・豊中市にある藤川金属工業(株)でアルミニウム加工の仕事に従事していたところ、1993年8月、鋼材のアンクルのかどに左足むこうずねをぶつけてできた傷がもとで慢性骨髄炎となった。以後、重量物を取り扱ったり、長時間の立ち仕事はとも無理、常時患部から浸出液がにじみ出てくる状態だった。昨年、治療に専念するために入院、やむなく大腿切断するに至った。

ところが、事故当時、会社が「労災保険に入っていない」と彼の件を放置していたことと本人も労災の知識が不足していたこと等のため、労災請求をしていなかった。会社が労災保険加入手続をしていないと労災保険給付が受けられないものだと、会社も、大阪市大病院の主治医も「誤解」していたことが、放置された大きな原因となったようだ。

窮したAさんは、昨年秋に大阪弁護士会の無料法律相談に行き関西労働者安全センターを紹介され、相談に来られたのだった。時効の進行を止めるために、安全センターに来られたその日に、所轄の淀川労働基準監督署に請求手続を行った。

社長は、安全センターと労基署の説明を聞いてすぐに労災保

険加入手続を行った。(もちろん、仮にあくまで会社が加入手続を拒否しても労災請求できるし、給付もされる。)

労基署は、休業補償については昨年1月の入院時からは全部休業を認め、それ以前については通院日について休業を認めた。また、切断後昨年12月に症状固定しており、併せて障害補償の請求も行った。障害4級と認定される見通しだが、Aさんは、10歳当時左脛骨骨腫瘍(良性)の骨移植を受けており、これによる既存障害との調整の上支給される予定だ(例えば、既存障害として膝関節の昨日に障害を持っていた(12級、156日分の一時金)ところに、膝関節以上で切断(4級、213日分の年金)となった場合には、「加重」の取り扱い規

定により、213日から156日の25分の1を差し引いた年金額が支給される。既存障害は原因の如何を問わない。)

労災保険における時効は、例えば休業補償で2年であるが、行政内部でも「事故当日から2年で時効」と勘違いしている人がいるようで、Aさんの場合も家族が労基署に相談に行った時にもその説明されたそうである。

それは論外としても、Aさんの場合も時効で請求権が消滅しているとなされた部分があった(労基署に請求手続をした日の前日の2年前以前の期間)。しかし、会社が労災保険加入手続を怠っていて、「労災保険に入っていないよ」と言われて請求をあきらめてしまった労働者にまで、この時効の規定を適用するのは不公正である。

こうした問題はAさんだけの問題ではない。未加入時だけでなく、とかく問題の多い時効の運用について、被災労働者の立場を尊重した取り扱いに改善するよう、今後労働行政に対し強く要求していきたい。



全国安全センター第10回総会 7.24-25 霧島温泉で開催

詳しいご案内は次号7月号で行いますが、今年の第10回総会は、7月24日(土)午後(時間未定)～25日(日)正午まで、鹿児島島の「霧島神話の郷 天然泥湯の宿 さくらさくら温泉」で開催する予定で準備を進めております。多くの方々のご参加を期待しておりますので、いまからご予約下さい。

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3636-3882/FAX(03)3636-3881
E-mail joshrc@jca.ax.apc.org HOMEPAGE http://www.jca.pc.org/joshrc/

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 東京●東京労働安全衛生センター | E-mail etoshc@jca.apc.org |
| 〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 | TEL(03)3683-9765/FAX(03)3683-9766 |
| 東京●三多摩労災職業病センター | |
| 〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 | TEL(042)324-1024/FAX(042)324-1024 |
| 東京●三多摩労災職業病研究会 | |
| 〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 | TEL(042)324-1922/FAX(042)325-2663 |
| 神奈川●社団法人 神奈川労災職業病センター | E-mail VZW01150@nifty.ne.jp |
| 〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サユボ豊岡505 | TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948 |
| 新潟●財団法人 新潟県安全衛生センター | E-mail KFR00474@nifty.ne.jp |
| 〒951-8065 新潟市東堀通2-481 | TEL(025)228-2127/FAX(025)222-0914 |
| 静岡●清水地域勤労者協議会 | |
| 〒424-0812 清水市小柴町2-8 | TEL(0543)66-6888/FAX(0543)66-6889 |
| 京都●京都労働安全衛生連絡会議 | |
| 〒601-8432 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル3階 | TEL(075)691-6191/FAX(075)691-6145 |
| 大阪●関西労働者安全センター | E-mail koshc@osk2.3web.ne.jp |
| 〒540-0026 大阪市中央区本町1-2-13 ばんらいビル602 | TEL(06)6943-1527/FAX(06)6943-1528 |
| 兵庫●尼崎労働者安全衛生センター | |
| 〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 | TEL(06)6488-9952/FAX(06)6488-2762 |
| 兵庫●関西労災職業病研究会 | |
| 〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協長洲支部 | TEL(06)6488-9952/FAX(06)6488-2762 |
| 広島●広島県労働安全衛生センター | |
| 〒732-0827 広島市南区稲荷町5-4 前田ビル | TEL(082)264-4110/FAX(082)264-4110 |
| 鳥取●鳥取県労働安全衛生センター | |
| 〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 | TEL(0857)22-6110/FAX(0857)37-0090 |
| 愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議 | |
| 〒792-0003 新居浜市新田町1-9-9 | TEL(0897)34-0209/FAX(0897)37-1467 |
| 高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター | |
| 〒780-0010 高知市藪野イワ井田1275-1 | TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3953 |
| 熊本●熊本県労働安全衛生センター | |
| 〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクニック | TEL(096)360-1991/FAX(096)368-6177 |
| 大分●社団法人 大分県勤労者安全衛生センター | |
| 〒870-0036 大分市中央町4-2-5 労働福祉会館「レイユ」6階 | TEL(0975)37-7991/FAX(0975)34-8671 |
| 宮崎●旧松尾鉱山被害者の会 | |
| 〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 | TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404 |
| 自治体●自治体労働安全衛生研究会 | E-mail sh-net@ubcnet.or.jp |
| 〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 | TEL(03)3239-9470/FAX(03)3264-1432 |
| (オブザーバー) | |
| 福島●福島県労働安全衛生センター | |
| 〒960-8103 福島市船場町1-5 | TEL(0245)23-3586/FAX(0245)23-3587 |
| 山口●山口県安全センター | |
| 〒754-0000 山口県小郡郵便局私書箱44号 | |